



PREFECTURE REGION LANGUEDOC- ROUSSILLON

# **RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS**

**N ° 39 - MARS 2012**

# SOMMAIRE

## **ARS Languedoc Roussillon**

Arrêté N °2012069-0006 - Arrêté ARS LR 2012-212 portant adoption du Schéma Régional de PREVENTION du LANGUEDOC- ROUSSILLON .....	1
---	---





PREFECTURE REGION LANGUEDOC- ROUSSILLON

## **Arrêté n °2012069-0006**

**signé par Mme le Directeur Général de l'ARS  
le 09 Mars 2012**

**ARS Languedoc Roussillon**

Arrêté ARS LR 2012-212 portant adoption du  
Schéma Régional de PREVENTION du  
LANGUEDOC- ROUSSILLON

**ARRETE N° 2012-212**

**Portant adoption du Schéma Régional de PREVENTION  
du LANGUEDOC-ROUSSILLON**

Le Directeur Général de l'Agence régionale de Santé de Languedoc-Roussillon

Vu la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu le Code de la santé publique, notamment les articles L. 1434-1 à L. 1434-6 et R 1434-1 à R1434 – 7,

Vu le Code de l'action sociale et des familles,

Vu le code de la Sécurité Sociale,

Vu le décret n ° 2010-336 du 31 mars 2010, portant création des agences régionales de santé,

Vu le décret du 1er avril 2010 portant nomination de Madame Martine AOUSTIN en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon,

Vu l'arrêté du 11 Octobre 2010 du DGARS de Languedoc-Roussillon, portant constitution des territoires de santé de la région Languedoc-Roussillon,

VU l'arrêté du 16 Décembre 2011 du DGARS de Languedoc-Roussillon, portant adoption du Plan Stratégique régional de santé de Languedoc-Roussillon,

Vu l'avis de consultation du Schéma Régional de PRÉVENTION du Languedoc-Roussillon avant son adoption, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région Languedoc-Roussillon, le 14 Décembre 2011,

VU les avis émis et les délibérations prises en application des dispositions de l'article L1434-3 et listés en annexe 1,

Vu l'avis de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie de Languedoc-Roussillon du 26 janvier 2012,

## ARRETE

**Article 1 :** Le Schéma Régional de PRÉVENTION de Languedoc-Roussillon, annexé au présent arrêté est adopté pour une durée de 5 ans.

**Article 2 :** le Schéma Régional de PRÉVENTION de Languedoc-Roussillon peut être consulté sur le site internet de l'ARS de Languedoc-Roussillon ainsi qu'aux secrétariats de direction de l'ARS et de ses délégations territoriales.

**Article 3 :** Dans les deux mois de sa publication, le présent arrêté peut faire l'objet, d'un recours gracieux auprès du directeur général de l'agence régionale de santé du Languedoc-Roussillon ou d'un recours hiérarchique auprès du ministre en charge de la santé. Il peut également faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif de MONTPELLIER.

**Article 4 :** Le directeur général adjoint, les directeurs et les délégués territoriaux de l'Agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon sont chargés chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Languedoc-Roussillon, ainsi qu'à ceux des départements de l'Aude, du Gard, de l'Hérault, de la Lozère, des Pyrénées-Orientales.

Montpellier, le 9 mars 2012

Le directeur général  
de l'Agence régionale de santé  
de Languedoc-Roussillon,

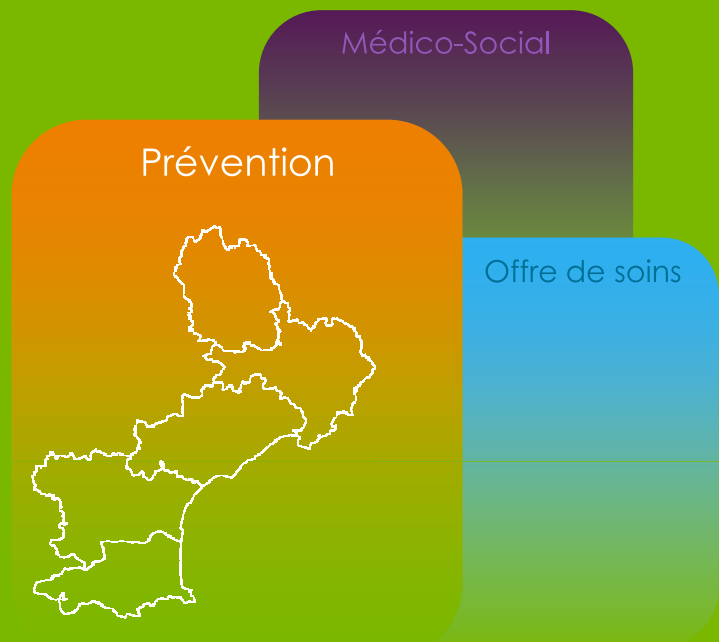
**signé**

Docteur Martine Aoustin

AVIS SUR LES SCHEMAS REGIONAUX

Dates de la délibération	Dates de réception	Institutions	Avis favorable /défavorable	Observations
		<b>Collectivités territoriales</b>		
		<b>Communes</b>		
		<b>11 - Aude</b>		
25/01/2012	02/02/2012	11 - Lézignan-Corbières		Nécessité d'implanter un centre de soins d'urgence à l'hôpital de Lézignan-Corbières
30/01/2012	13/02/2012	11 - Peyrac de mer		
26/01/2012	13/02/2012	11 - Lasbordes	favorable	
23/01/2012	09/02/2012	11 - Pezens	favorable	
09/02/2012	13/02/2012	11 - Fleury d'aude	favorable	Le conseil municipal a approuvé les schémas régionaux mais a émis des réserves sur le volet médico-social et a fait le vœu que soit inscrit au PRIAC un début de financement de l'EHPAD de Fleury d'Aude.
		<b>30 - Gard</b>		
06/02/2012	14/02/2012	30 - St Paul les Fonts	favorable	
		<b>34 - Hérault</b>		
02/02/2012	06/02/2012	34 - Argelliers	Favorable	
26/01/2012	09/02/2012	34 - Vendres	Favorable	
07/02/2012	10/02/2012	34 - Marsellan	Défavorable	
27/01/2012	13/02/2012	34 - Joncels	Défavorable	demande à l'ARS de tenir compte des spécificités du territoire et de maintenir les unités d'hospitalisation,
13/02/2012	14/02/2012	34 - St Jean de la Blaquière	Favorable	
30/01/2012	09/02/2012	34 - Lieuran-les-Béziers	Favorable	
17/01/2012	10/02/2012	34 - Montouliers	Défavorable	
02/02/2012	14/02/2012	34 - Puisserguier	Défavorable	
27/01/2012	10/02/2012	34 - Margon	Défavorable	
03/02/2012	10/02/2012	34 - Riols	Défavorable	
06/02/2012	10/02/2012	34 - Thezan les béziers	Défavorable	
23/01/2012	03/02/2012	34 - Lamalou les bains	Favorable	
03/02/2012	10/02/2012	34 - Livinière	Favorable	
06/02/2012	08/02/2012	34 - St Gervais sur mare	Défavorable	
31/01/2012	08/02/2012	34 - Bédarieux	Défavorable	
30/01/2012	31/01/2012	34 - St Pons de Thomieres	Défavorable	
06/02/2012	16/12/2012	34 - Premian	Défavorable	
30/01/2012	06/02/2012	34 - Conseil Général de l'Herault	Défavorable	
		<b>48 - Lozère</b>		
21/01/2012	01/02/2012	48 - Pomicou	Favorable	Prise en compte du problème de l'accès aux soins en milieu rural.
		<b>66 - Pyrénées-Orientales</b>		
23/01/2012	24/01/2012	66 - Llupia	Favorable	
08/02/2012	13/02/2012	66 - Maureillas Las Illas	Favorable	
08/02/2012	14/02/2012	66 - Pezilla la riviere		le conseil municipal estime qu'il lui est difficile d'émettre un avis averti sur les documents très techniques qui lui sont soumis. Il se contentera de présenter des observations sur des éléments factuels de ces différents schémas.
25/01/2012	02/02/2012	66 - Fornigueres	Favorable	

# Schéma régional de la **prévention**





## PREAMBULE Le champ de la prévention (1)

### Une politique de prévention associant l'éducation pour la santé, la protection des populations, la promotion de la santé ...

« La prévention est (...) l'ensemble des mesures prises pour éviter la survenue d'un accident ou d'une maladie mais c'est aussi tout ce que font un individu ou un groupe, informés et responsabilisés, en faveur du maintien et de l'amélioration de la santé ».

« Les politiques de prévention dont le but est de supprimer et de réduire les risques (infectieux, environnementaux, technologiques ... ) visent à créer une culture de gestion des risques basée sur la participation de chacun à la gestion de sa santé ».

« La promotion de la santé désigne à la fois une stratégie d'action collective (...) un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci (...) et une démarche professionnelle, c'est-à-dire un ensemble de pratiques spécialisées visant le changement des comportements et des environnements sociaux liés à la santé. L'un des enjeux majeurs est de donner la priorité à la réduction des inégalités sociales de santé. »

La population cible est l'ensemble de la population de la région.

Ce sont les définitions auxquelles se réfère l'ARS dans le Plan Stratégique Régional de santé (PSRS) et le présent Schéma régional de Prévention, où la santé est donc une notion positive et un objectif qui peut être atteint :

- en agissant ou en donnant aux personnes et aux groupes de populations des moyens pour agir sur les déterminants qui la conditionnent (promotion de la santé)
- en favorisant le renforcement des capacités des personnes (information, éducation pour la santé, éducation thérapeutique),
- en favorisant les choix et l'implication collectifs (démocratie participative, action communautaire),

Les déterminants de santé qui influencent favorablement ou défavorablement l'état de santé, recouvrent des dimensions environnementale, démographique, sociale, économique, culturelle, politique, juridique, géographique, historique, et sanitaire ... etc. Le système de soins n'est que l'une de ces composantes, d'autant que les déterminants sociaux jouent un rôle majeur dans l'état de santé d'une population.

Ces multiples déterminants en interagissant interfèrent avec le parcours de vie des personnes, qui s'inscrit dans le temps, dans des milieux socialement construits, des communautés locales qui offrent des ressources qu'il importe de positionner.

## PREAMBULE Le champ de la prévention (2)

### .... et une culture de l'évaluation d'impact sur la santé.

Dans le droit fil d'une approche systémique de la santé, des outils de mesure ont été développés sous le nom d'évaluation d'impact sur la santé (EIS), définie ainsi par l'OMS : « Une combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme ou une stratégie peuvent être évalués selon leurs effets potentiels sur la santé de la population et selon la dissémination de ces effets dans la population ».

Ces études analysent les conséquences sur la santé en termes directs et indirects et concluent sur des recommandations. Appliquée aux politiques publiques locorégionales (collectivités territoriales, autres administrations, ...), cette démarche permet de renforcer les liens entre la santé et les autres politiques. L'EIS est un outil qui a fait ses preuves en matière de réduction des inégalités spatiales et sociales de santé.

L'ensemble des références est tiré des ouvrages « Agences régionales de santé » – INPES

- « Promotion, prévention et programmes de santé. » – Sous la direction de François Bourdillon
- « Les inégalités sociales de santé » - Sous la direction de Bernard Basset
- « Financer, professionnaliser et coordonner la prévention » - Sous la direction de Nathalie Leuridan

## Sommaire

### I – Le cadre de construction du schéma

1. Enjeux, spécificités et articulations du SRP
2. Synthèse du diagnostic

### II – Les composantes du schéma

1. **Une gouvernance régionale forte**  
La commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention
2. **Des outils de structuration et d'appui au niveau de la région**
  - 2.1 **Plateforme et pôles**
    - La plateforme de veille et de sécurité sanitaire
    - Le pôle de compétence en éducation pour la santé et promotion de la santé
    - Le pôle de compétence en éducation thérapeutique
    - Le pôle de ressources en santé environnement
  - 2.2 **Les groupes experts**
3. **Au niveau local**
  1. Les projets locaux de santé
  2. Les métiers de l'animation territoriale de santé
  3. Le déploiement du panier de service de proximité
  4. La refinalisation des dispositifs de prévention spécifiques
  5. La finalisation de réseaux territorialisés de veille, d'alerte et de gestion des alertes
  6. Les dispositifs « partenaires »

### 4. Une ingénierie technique

- L'observation de la santé
- Les systèmes d'information
- Des formations
- Une ingénierie de contractualisation

### III - Les indicateurs de suivi du schéma

## ANNEXES

### Annexe I- Méthode

#### Annexe II- Diagnostic

1. **Besoins de santé : une synthèse des diagnostics régionaux**
2. **Ateliers territoriaux : synthèse des traits saillants des territoires, atouts et faiblesses**

#### Annexe III- Les dispositifs spécifiques

1. **CDAG et CIDIST**
2. **CLAT**
3. **Centres de vaccination**
4. **Plateformes de dépistage organisé des cancers**
5. **Dispositif d'addictologie**

## I – LE CADRE DE CONSTRUCTION DU SCHEMA

## I.1 – Enjeux, spécificités et articulations du schéma (1)

### 1.1 Les enjeux du Schéma Régional de la Prévention (SRP)

Les enjeux portés par le SRP sont fixés par la Loi HPST et trouvent une résonance particulière en Languedoc Roussillon.

#### **□ Déplacer le centre de gravité du système de santé des soins vers la prévention**

L'enjeu est d'augmenter l'espérance de vie sans incapacité, la qualité de vie et de diminuer la mortalité précoce évitable, en intervenant dès la période périnatale et le plus jeune âge afin de préserver le capital santé. Cet enjeu majeur du PSRS du Languedoc Roussillon a pour corollaire la mobilisation par l'ARS des leviers nécessaires, en termes de stratégie de financement à travers le Fond d'Intervention régional (FIR) et en termes d'objectifs fixés aux acteurs du système de santé.

#### **□ Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.**

Le rôle de la prévention est majeur à ce titre, sachant que 80% de la santé se joue en dehors du soin. L'existence de différences d'état de santé systématiques entre groupes sociaux, déterminant un gradient social de santé, est maintenant bien connue. Certaines études ont démontré que les politiques de prévention peuvent aggraver les inégalités sociales de santé en donnant une place prééminente aux stratégies fondées sur la modification de comportements (éducation pour la santé). Les inégalités sociales s'installent dès l'enfance (obésité, asthme, développement psychomoteur, cognitif ou langagier stratifié selon la position sociale de la famille) puis au long de parcours de vie difficiles, qui se traduisent par une accumulation de pertes de chance sur le plan de la santé. La pauvreté et la précarité en sont un des déterminants majeurs.

Réduire les inégalités sociales de santé est un enjeu central de la politique de santé en région et justifie un certain nombre de choix portés par le schéma de la prévention, qui fondent les développements à venir du PRAPS (en cours de construction)

- conduire des actions de promotion de la santé visant une action sur les déterminants et associant les populations
- mobiliser les politiques intersectorielles et coordonner l'action publique
- agir en amont pour préserver le capital santé (dès la grossesse et la petite enfance)
- inscrire des actions spécifiques dans des projets locaux de santé au plus près des populations
- déterminer les priorités territoriales pour les actions et programmes prenant en compte les déterminants socio-économiques

#### **□ Sécuriser la veille sanitaire et développer des stratégies de réduction et de prévention des risques sanitaires**

L'enjeu est de ne pas se limiter à une logique de réparation (la prise en charge), mais de développer une plus grande réactivité pour limiter les impacts, associée à une logique de prévention. Pour cela il importe de :

- sécuriser la veille en renforçant les systèmes de surveillance et en structurant un dispositif de veille permanent permettant le recueil et l'analyse de signaux divers,
- développer une stratégie d'intervention intégrant la connaissance de l'exposition aux risques, des programmes de réduction des risques (infectieux, naturels ou technologiques), sans négliger la coordination, la réactivité et la continuité des capacités de gestion.

## 1.1 – Enjeux, spécificités et articulations du schéma (2)

### 1.2: La cohérence avec les principes du PSRS

Les principes définis dans le PSRS trouvent leur application dans ce schéma :

□ **L'évitabilité** est l'objet même du schéma de la prévention.

Elle fonde l'action sur les déterminants (politiques intersectorielles, conduites grâce à la commission de coordination de la prévention, en matière d'environnement, de qualité alimentaire, d'aide à la parentalité...), les politiques d'éducation pour la santé (au long de la vie, au cours des étapes de vie), les politiques de dépistage précoce pour un accompagnement vers le soin (addictions, VIH et hépatites, cancer, obésité et diabète ...), mais aussi la sécurisation de la veille et de l'alerte.

□ **L'accessibilité** justifie plusieurs choix dans le schéma d'organisation de la prévention

Une attention particulière doit être portée en direction des populations les plus vulnérables et les plus éloignées des préoccupations de santé. L'accès à l'éducation pour la santé est corrélé à la condition économique et sociale. Il est particulièrement difficile pour les personnes handicapées.

□ **En direction des populations paupérisées ou précarisées, le schéma régional de la prévention sous-tend les développements ultérieurs du PRAPS à travers :**

- Le choix d'implantation sur tous les territoires du panier de service de proximité, socle de prestations auxquelles la population doit pouvoir prétendre quelles que soient ses difficultés d'accès, en zone rurale ou dans les quartiers enclavés des grandes villes
- L'évolution des dispositifs de prévention spécifique (centres de vaccinations, dispositifs de dépistages ...) à déployer sur le territoire, entre adaptation aux populations et accompagnement des personnes (qui implique de mieux définir les priorités et cahiers des charges)
- La mise au travail dans les pôles ressources des méthodologies d'intervention pour ne pas aggraver les inégalités ou pour les réduire (définition des publics et thèmes prioritaires en matière d'éducation thérapeutique, accompagnement par les pairs et par les acteurs communautaires en matière d'éducation à la santé ...)

□ **La sécurité constitue** l'objet même de la veille et de l'alerte sanitaire mais traverse tout le champ de la prévention

Elle nécessite la mise en place d'un dispositif concerté de veille et de sécurité sanitaire, structurant au niveau régional. Mais c'est dans l'ensemble du champ de la prévention qu'elle requiert la mobilisation de compétences et de méthodologies d'intervention évaluées car en prévention également l'impact d'interventions inadéquates peut être délétère.

□ **La qualité** en est l'autre face, incontournable dans la recherche d'efficience.

## 1.1 – Enjeux, spécificités et articulations du schéma (3)

### 1.3 Les particularités du SRP

Il s'agit d'un premier schéma d'organisation en matière de prévention qui obéit à une complexité et à des caractéristiques spécifiques.

#### □ Il a vocation à organiser le déploiement de politiques intersectorielles

Si l'ARS pilote la politique de santé en région, les programmes d'actions mobilisent de nombreuses institutions (Etat, Collectivités territoriales, Assurance Maladie, établissements de santé). Le schéma est ainsi caractérisé par la nécessité de mettre en cohérence de nombreux domaines y compris pour affiner les diagnostics. Ceci sous-entend la nécessité de mettre en commun les bases de connaissances et de définir des indicateurs : la mise en place de cette ingénierie sera un des objectifs de ce premier schéma.

#### □ Il s'adresse à l'ensemble de la population des usagers citoyens.

Il doit veiller à l'accès de l'ensemble des habitants de la région aux politiques de prévention en prenant en compte les espaces de vie : famille, école, travail, cité ..., mais aussi établissements médico-sociaux pour les personnes handicapées et pour les personnes âgées et les structures sociales accueillant les personnes « sans chez soi ».

#### □ Il s'adresse à tous les professionnels de santé et à tous les acteurs œuvrant pour la santé

Tous les métiers des champs sanitaire, social, médico-social et de l'éducation sont directement concernés par le déploiement de la politique de prévention en région.

#### □ Il est sous-tendu par le choix d'une politique de promotion de la santé en région

L'action doit s'étendre à l'ensemble des déterminants de la santé incluant la prise en compte des risques environnementaux et des milieux pour en limiter l'impact sur la santé.

#### □ Le SRP s'inscrit dans une dynamique territoriale

Pour répondre aux besoins locaux de manière cohérente, c'est-à-dire par des projets de santé globale sous-tendant les parcours de vie, le déploiement de la prévention doit prendre appui sur les autres schémas d'organisation territoriale, y compris en matière sociale. Cependant l'échelle territoriale pertinente, pour ce qui concerne le pilotage et / ou l'intervention, est variable d'un thème à l'autre. Le territoire identifié doit correspondre à une dynamique sur laquelle asseoir une coordination locale.

#### □ Le SRP couvre le champ de la sécurité sanitaire de façon intégrée au reste de la prévention

L'organisation et le déploiement des outils structurants intègre les objectifs :

- de sensibilisation des professionnels de santé au signalement d'évènements sanitaires,
- de sécurisation et coordination du recueil et de l'analyse des données environnementales et épidémiologiques (qualité et exhaustivité)
- de gestion le cas échéant des crises,
- de développement des stratégies de prévention visant à diminuer l'exposition aux risques.

## 1.1 – Enjeux, spécificités et articulations du schéma (4)

### □ Les éléments structurants positionnés dans le schéma relèvent d'une logique de santé publique.

Ils sont positionnés dans le SRP du fait de l'architecture du PRS et de ses schémas qui segmentent l'approche globale. Pour autant ces éléments structurants, par définition, peuvent ne pas être limités au seul champ de la prévention dans son sens restreint. Ils ont vocation à être des outils communs pour l'ensemble des schémas.

### 1.4 Les articulations du SRP

Pour répondre aux besoins des personnes au long de leur parcours de vie, le SRP doit être fortement articulé avec les schémas ou cadres d'intervention de l'ensemble des institutions porteuses de ressources et de politiques ayant un impact sur la santé et s'inscrivant dans les communautés locales.

#### ➤ Le schéma est très fortement articulé avec les autres schémas et cadres d'intervention de l'ARS

- à travers la veille et la sécurité sanitaire qui traverse tous les champs et schémas,
- à travers les compétences régaliennes portées par l'ARS concernant notamment la santé environnementale ( contrôle des eaux, amiante....) et les vigilances (infections nosocomiales ...)
- avec le dispositif de premiers recours, les médecins ayant un rôle privilégié notamment pour le repérage précoce de certains troubles et pour l'éducation thérapeutique. Leurs liens avec les dispositifs spécifiques de prévention doivent être organisés dans le cadre d'une politique cohérente.
- avec le schéma d'organisation sanitaire, les établissements de santé devant jouer un rôle structurant dans leur bassin d'implantation en s'ouvrant aux enjeux de santé en articulation avec les acteurs locaux
- avec la politique des réseaux
- avec le schéma d'organisation médico-sociale parce qu'il s'agit bien d'ouvrir aux populations prises en charge dans les établissements la totalité du « parcours en santé » et d'ouvrir les établissements et les services aux patients atteints de maladie chronique
- avec le Plan Régional Santé Environnement 2 porté par l'ARS avec la DREAL et le Conseil régional.



## I.1 – Enjeux, spécificités et articulations du schéma (5)

➤ Il est très fortement articulé avec l'ensemble des politiques publiques en faveur de la santé

- Portées par ou avec les autres services de l'Etat : la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), l'Education Nationale, la Direction régionale en charge du travail et de l'emploi (DIRECCTE), la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL), la Direction régionale de l'agriculture, de l'alimentation et de la forêt (DRAAF) ...

- portées par l' Assurance Maladie

- portées par les Collectivités locales dans le cadre de compétences réglementaires (les Conseils généraux pour la protection maternelle et infantile et l'action sociale départementale) ou de politiques volontaristes (Conseil régional, communes et intercommunalité )

**Les professionnels du premier recours** sont, du fait de leur rôle et de leur légitimité, des partenaires décisifs pour la réponse aux principaux enjeux du schéma.

➤ Il sous-tend les développements du PRAPS

S'adressant à l'ensemble des habitants de la région, il prend en compte les difficultés spécifiques de l'accès à la prévention des populations paupérisées ou précarisées à travers les outils structurants qu'il positionne et sur lequel le PRAPS pourra s'adosser : l'implantation du panier de service de proximité, l'évolution et la territorialisation des dispositifs de prévention médicalisée, la mise au travail dans les pôles ressources des méthodologies d'intervention adaptées.

Au-delà de ces outils structurants, il met par le choix des groupes experts l'accent sur des risques socialement stratifiés (identifiés comme focus par le PRSR) : cancer, alcool, saturnisme, santé mentale, santé au travail.

Les déterminants sociaux ont une importance prééminente dans l'accès à la santé (prévention et soins) aussi bien qu'au long de la maladie chronique (souvent source ou facteur aggravant majeur de la précarisation ). Le SRP appelle donc une coordination étroite avec l'ensemble des acteurs de la cohésion et de l'action sociale (CCAS, CAF, Conseils généraux, DDCS) et doit veiller à permettre l'accompagnement des personnes en difficulté.

Le développement dans tous les programmes de réponses au long du gradient social et des actions spécifiques en direction des personnes précaires sera spécifiquement développé dans le PRAPS.

## I.2. Synthèse régionale du diagnostic (1)

Les travaux conduits dans le cadre de l'élaboration du schéma sont mis à disposition dans l'ANNEXE DIAGNOSTIC. Elle porte à connaissance la synthèse des travaux conduits dans les séries d'ateliers territorialisés avec les délégations territoriales de l'ARS et leurs partenaires. Elle présente :

- L'analyse critique des dispositifs et actions au regard des populations et des besoins de santé dans chaque territoire
- L'analyse de la couverture du territoire et des dynamiques locales susceptibles de favoriser un déploiement concerté des dispositifs
- L'identification des atouts et des faiblesses et la recherche de leviers mobilisables pour répondre aux objectifs assignés au schéma.

Ceci représente le « point zéro », initial, d'une évaluation des besoins et des réponses qui demandera à être étayée et surtout suivie par la mise en œuvre d'une observation dans la durée.

### 2-1 Des synergies à mettre en place et des coordinations interinstitutionnelles à renforcer

Depuis le Schéma régional d'éducation pour la santé (2004) et avec la création du groupement régional de santé publique (GRSP), l'élaboration du programme régional de santé publique et les premières sensibilisations des élus (2009) les avancées sont réelles. Elles se traduisent par des relations territoriales et institutionnelles effectives, particulièrement avec les collectivités territoriales et des élus locaux, et se concrétisent à travers la dynamique des Contrats locaux de santé (CLS).

Le choix d'intervenir sur les déterminants de santé et de concevoir des programmes bâtis pour sous-tendre les parcours de vie conduira à renforcer ces coordinations et à les adosser sur une cartographie des compétences et des financements alloués par chacun des partenaires.

### 2-2 Un déploiement concerté à concevoir pour couvrir le territoire

**Les ressources sont dispersées sur le territoire.** 70% des acteurs sont des associations, aux côtés d'établissements sanitaires, médico-sociaux, de collectivités et de leurs services. Les moyens sont concentrés dans les agglomérations, contrastant avec la faible couverture de certaines villes moyennes et de zones rurales. Des zones blanches sont identifiables où très peu d'acteurs de prévention interviennent, si ce n'est aucun. Les zones blanches ou fragiles sont particulièrement :

- ☐ **Aude** Haute vallée de l'Aude, Est Audois (Lézignan Corbières), Port La Nouvelle
- ☐ **Gard** Beaucaire / Saint Gilles / Aigues Mortes, Nord ouest du département (Bagnols), Nord du département (les Cévennes)
- ☐ **Hérault** - Zones blanches : Bassin de Thau, Le Lunellois, Nord Est du 34 (Pic saint Loup, Cévennes, Ganges)  
- Zones fragiles : Haut Languedoc (Bédarieux St Pons), Pays cœur d'Hérault (Clermont, Lodève)
- ☐ **Lozère** Zone blanche des Cévennes  
Zones fragiles : Langogne, St Chély, Marvejols, Florac
- ☐ **P O** Les Albères, le Fenouillèdes, le Pays Cerdan, le Haut Vallespir

## I.2. Synthèse régionale du diagnostic (2)

Si les problématiques d'accès à la santé touchent les zones rurales elles existent aussi en zone urbaine, dans certains quartiers de grandes villes, particulièrement enclavés, où parfois peu d'intervenants pénètrent.

### 2-3 Un déploiement et un repositionnement à concevoir pour les dispositifs de prévention spécifique

**Les Centres de vaccination, les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les centres d'information et de dépistage des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST), les Centres de lutte contre la tuberculose (CLAT) et les structures de gestion des dépistages organisés des cancers** assurent un maillage du territoire régional qui pourrait sembler cohérent. Mais ils laissent des faiblesses en termes de couverture territoriale. Ces faiblesses correspondent aux zones blanches et fragiles.

D'autres difficultés, spécifiques, renvoient à des problèmes de positionnement des dispositifs :

- Le manque de coopération entre structures dans une perspective de couverture territoriale,
- le non respect des cahiers des charges nationaux ou régionaux concernant les actions hors les murs et la mobilité, rendant impossible un plan de dépistage et des interventions ciblées en direction des personnes vulnérables,
- l'absence de stratégies adaptées aux populations les plus en difficulté d'accès, particulièrement aux populations précaires,
- le manque d'articulation avec les acteurs locaux (travailleurs sociaux, éducatifs, médecins ...) pour informer et lutter contre les idées fausses, mobiliser et sécuriser les parcours.

**Les Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) et les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (Caarud)** ont en charge l'addictologie et la prévention des risques et des dommages (sociaux, somatiques, infectieux, psychologiques ...) vis-à-vis des personnes ayant des consommations nocives ou des conduites d'addictions.

-Les CSAPA de la région sont concentrés dans les 5 grandes agglomérations (10 sur 19) mais les moyens par ailleurs dispersés (32 antennes) laissent des zones blanches ou mal couvertes dans tous les territoires. Les 7 CAARUD, malgré le déploiement d'équipes mobiles et d'équipes de rues, n'assurent pas la couverture du territoire.

-Ce dispositif participe aux actions de prévention, en règle générale en milieu scolaire et en milieu festif et, selon les territoires, en milieu d'apprentissage ou d'insertion mais également dans les quartiers retenus au titre de la politique de la ville.

## I.2. Synthèse régionale du diagnostic (3)

**Les points de criticité identifiés** dans une approche de promotion de la santé portent sur :

- des actions de prévention qui n'inscrivent pas l'éducation pour la santé dans la durée, à chaque âge de la vie, ni n'investissent les lieux de vie au-delà de l'école, ni ne prennent en compte les circonstances de risques et de forte vulnérabilisation
- des actions conduites par les dispositifs de façon trop cloisonnée avec une mobilisation et une coopération insuffisantes avec certains acteurs essentiels parmi lesquels les professionnels de santé libéraux, les services de promotion de la santé des élèves et la médecine du travail.
- Au-delà de la couverture territoriale le problème posé est double. Le premier problème est le rôle des dispositifs qui doivent s'inscrire dans une politique globale de promotion de la santé. Le second problème est le cloisonnement des dispositifs qui constitue actuellement un frein au parcours de santé et de vie des personnes .

### **2-4 Acteurs de l'éducation et de la promotion de la santé : le besoin d'asseoir des compétences, des métiers, des situations**

La diversité des professionnels et métiers concernés (tous les métiers des champs sanitaire, social, médico-social et de l'éducation) est une richesse. Mais il y a derrière les métiers une hétérogénéité des compétences dans le champ de la prévention et des situations mal reconnues : c'est le cas des bénévoles, dont l'intervention n'est pas marginale et parfois incontournable. Ces compétences encore inégales sont surtout difficiles à identifier par ceux qui voudraient les solliciter.

Parmi ces acteurs, les associations occupent une place très importante. Elles ne sont pas seulement des « prestataires de service » dans leur champ de compétence mais contribuent localement activement à la cohésion sociale, peuvent porter des projets innovants, apportent souvent des réponses aux difficultés quotidiennes des populations et contribuent à la mise en œuvre des politiques publiques.

Une faiblesse de la formation et un manque de reconnaissance des métiers rendent nécessaires les formations aux métiers d'animateurs en prévention et en éducation pour la santé, de chefs de projet, de coordonnateurs. D'une manière générale, une meilleure appropriation de la méthodologie de travail par projet contribuerait à moins segmenter les actions. Le besoin de formations aux méthodologies d'intervention se fait sentir.

## I.2. Synthèse régionale du diagnostic (4)

### **2-5 Des interventions qui interrogent**

La prévention nécessite une continuité d'intervention au cours de la vie, « d'étapes » de vie ou sur les milieux mobilisant une approche pluridisciplinaire. De ce point de vue, beaucoup d'interventions interrogent, quand elles sont isolées, ponctuelles, insuffisamment inscrites dans la durée, non coordonnées sur un territoire. En matière d'aide à la parentalité, un hiatus important intervient au moment de l'enfance avec une difficulté généralement pointée à relayer les actions développées au cours de la grossesse et de la petite enfance.

Ce constat concerne aussi la veille et la sécurité sanitaire. La construction du PRSE 2 a permis une grande avancée qui doit de la même manière traverser l'ensemble des champs où doit être développée une culture du risque pour la santé.

La prévention peut et doit faire référence à des données probantes, des référentiels d'intervention, utiliser des outils validés et évalués, alors que les interventions en région sont hétérogènes.

### **2-6 Des coordinations et animations territoriales à organiser**

En ce qui concerne les dynamiques locales, le diagnostic territorial partagé révèle :

□ Le rôle important des fonctions d'animation et de coordination locales pour l'émergence d'un projet de santé : au niveau d'un bassin de vie, centrées sur l'objectif de donner toute leur place aux populations pour répondre à leurs besoins, elles ont notamment permis des dynamiques de santé à travers les ateliers santé ville.

□ L'importance de l'animation politique territoriale de l'ARS en lien avec les partenaires institutionnels et les collectivités : elle jette les bases du déploiement territorial des dispositifs et des actions, le Contrat local de santé se révélant une évolution possible du pilotage.

### **2-7 Les atouts de la veille et de la sécurité sanitaire en région**

Le champ de la veille sanitaire bénéficie dans la région d'atouts notables :

- l'antériorité de la réflexion sur une organisation régionale
- l'antériorité du travail sur des outils de surveillance avec en particulier un système de recueil quasi exhaustif et enrichi de l'activité des services d'urgences et un travail régional sur le recueil et l'analyse des signaux.

La culture du risque et la vitalité des dispositifs spécialisés sont des atouts pour structurer une approche intégrative de l'analyse et de la gestion des risques infectieux, environnementaux et liés aux soins. Elle doit articuler, sur l'ensemble du champ, outils de veille, systèmes d'informations et coordination des acteurs : acteurs du soin (sanitaire, médico-social ou ambulatoire), de la prévention, de l'accompagnement social, partenaires de la surveillance environnementale, de l'alerte, de la gestion des risques et des crises.....



## I.2. Synthèse régionale du diagnostic (5)

Des marges de progrès existent grâce à l'amélioration de l'organisation et des coordinations. La qualité et la représentativité des données, le partage des informations et des référentiels d'analyse et de gestion sont des objectifs qui doivent permettre à l'ARS de :

- consolider sa plateforme de veille et de gestion des urgences (cellule de veille d'alerte et des urgences sanitaires, cellule des vigilances, cellule régionale de défense et de sécurité et cellule de l'Institut National de veille sanitaire (INVS) en région).
- d'animer des réseaux de partenaires et professionnels relais de son action (Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN), Centre régional de pharmacovigilance (CRPV), Services communaux d'Hygiène et de santé, professionnels de santé scolaire, de PMI, de santé au travail etc...).

La voie a été tracée par la santé environnementale, à travers la construction du PRSE 2. Une avancée importante dans la culture du risque a été opérée, tant en termes de connaissance de l'exposition qu'en termes de stratégie d'intervention (réduction des risques). Elle doit être poursuivie, valorisée et articulée avec les autres volets du schéma. Elle nécessite une articulation avec les acteurs de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé. Elle s'appuie sur le Réseau d'Echange en santé Environnementale (RESE) hébergé par l'ARS LR.

### 2-8 Des financements à mettre en cohérence

Une politique de promotion de la santé ne peut que reposer sur des synergies pluri institutionnelles. Assurance maladie (FNPEIS) et Mutuelles, collectivités territoriales et services de l'Etat financent pour une part souvent très importante programmes et actions.

L'enjeu, notamment à travers la Commission de coordination des politiques publiques, est de passer d'une politique d'animation à une politique de pilotage partagé mobilisant de façon concertée les acteurs et/ou les financements.

Dans cette perspective, les procédures actuelles, particulièrement le recours à l'appel à projet pour tous les programmes de prévention, sont insatisfaisantes. Lourdes et contraignantes pour les promoteurs, elles n'autorisent par ailleurs pas un déploiement concerté des actions que permettraient des contrats d'objectifs.

Du fait de l'évolution des politiques et des sources de financement, il convient enfin de mettre en cohérence le financement de dispositifs répondant à de réels besoins et qui relèvent des budgets sociaux de l'Etat ou des collectivités, de l'ONDAM médico-social et d'autres financements en direction des publics précaires. Cette évolution requiert un accompagnement inter institutionnel des promoteurs.

## II – Les composantes du schéma

## Un schéma de déploiement concerté soutenu par des outils structurants

Le schéma d'organisation de la prévention ne décline pas des programmes d'actions. Il propose **une organisation et une structuration des moyens** qui permettront d'inscrire les programmes d'actions dans le territoire, en proximité des personnes. Il s'agit donc d'un schéma de déploiement concerté et de positionnement des outils nécessaires pour permettre et accompagner ce déploiement.

Il intègre d'emblée l'objectif de réponse aux besoins des personnes les plus éloignées de la santé, quelle qu'en soit la cause (géographique, économique ou sociale particulièrement). Dans cette optique, **il privilégie une logique de prévention des inégalités de santé et des dispositifs « de droit commun » intégrant la prise en compte des difficultés d'accès .**

Il entend mettre en place une organisation et les moyens structurels nécessaires pour que les actions de prévention, quel que soit le domaine, puissent s'appuyer sur des outils et des référentiels validés et évalués, des compétences et savoir faire reconnus. **Ce sont les plateformes, pôles ressources ou pôles de compétence régionaux porteurs d'ingénierie en méthodologie d'intervention** ( pour la veille et la sécurité sanitaire, pour l'éducation et la promotion de la santé, pour l'éducation thérapeutique , pour la santé environnementale.).

Il préconise une organisation régionale pour que les programmes d'action répondant aux objectifs prioritaires du PSRS et de la politique de santé nationale soient cohérents, adaptés à la situation régionale, aux besoins et à l'environnement des populations, et mobilisent les professionnels de manière concertée. **Ce sont les groupes experts régionaux porteurs des recommandations et évolutions nécessaires au parcours de santé dans leur domaine de compétence.**

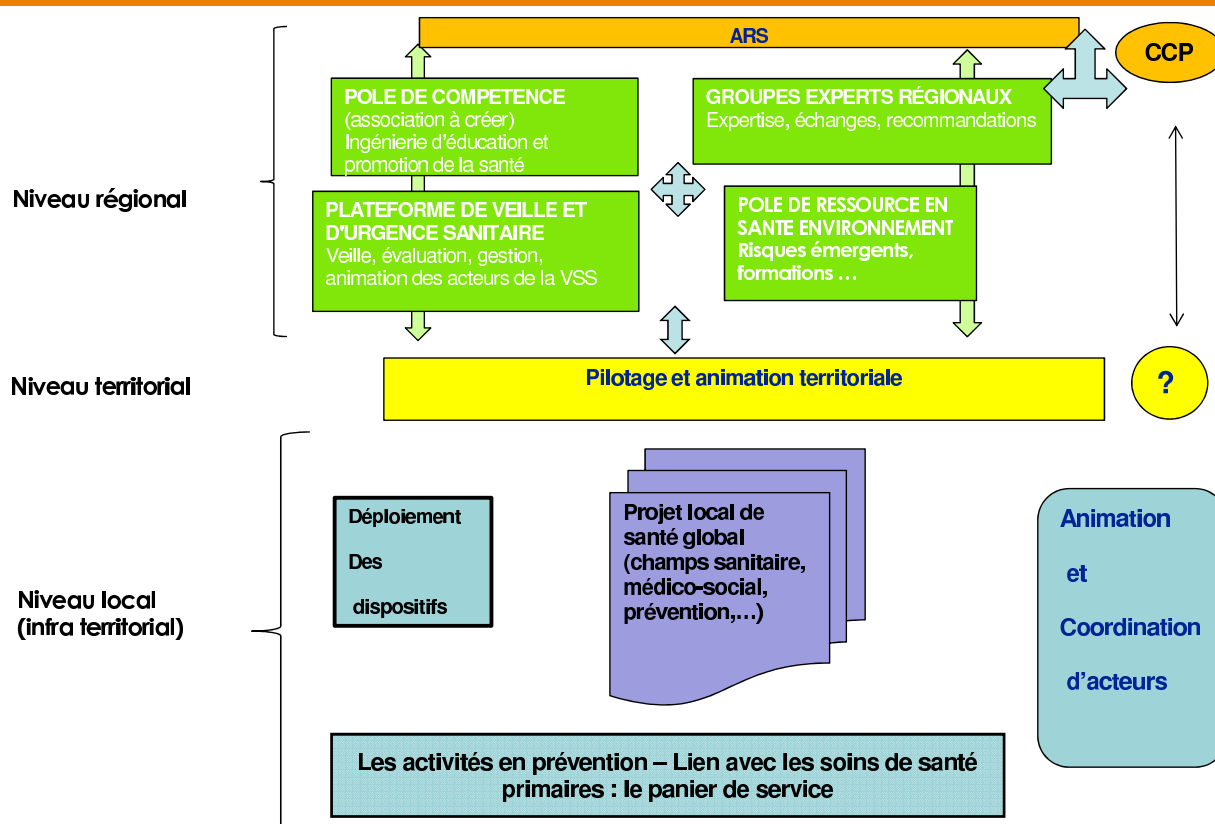
C'est une démarche structurée et élaborée qui crée les conditions favorables à la construction de **projets locaux de santé et à l'accès à un panier de service de proximité** et qui implique **une évolution qualitative et un redéploiement des dispositifs .**

Le déploiement doit en être progressif et concerté particulièrement avec les collectivités territoriales . Ceci n'autorise pas une définition a priori des modalités de la couverture territoriale. Ceci impose par contre de prendre en compte l'objectif de **couverture, à terme, de l'ensemble du territoire par une programmation** qui devra être discutée en Commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention.

Ce déploiement implique une gouvernance régionale forte par la **Commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention**, porteuse de la volonté politique et du pilotage partagé de sa mise en œuvre.



## Schéma prévention : objectifs en termes de structuration



## II.1- Une gouvernance régionale forte : la Commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention (1)

p.19

Si l'ARS pilote la politique de santé en région elle ne peut conduire seule une politique de promotion de la santé, de lutte contre les inégalités sociales de santé et d'accès à la santé sur tout le territoire. Ces enjeux du schéma impliquent que les partenaires institutionnels réunis au sein de la Commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention (CCPP) agissent ensemble pour construire, dans le respect de leur fonction et de leur autonomie, en mobilisant les politiques qui relèvent de leur compétence.

La Commission est le lieu de la gouvernance au niveau de la région. L'ARS et ses partenaires y décident de l'approche stratégique, y impriment la volonté politique, y organisent l'impulsion et le suivi du schéma. C'est dans la commission que se construisent entre partenaires institutionnels les convergences et les complémentarités, la négociation des leviers d'action, la cohérence du déploiement des projets locaux de santé, du panier de service de proximité sur le territoire et des financements.

Pour passer d'une politique d'animation au pilotage partagé de sa mise en œuvre, la commission doit finaliser ses travaux afin de définir :

- les axes d'une politique de promotion de la santé en direction des populations définies comme prioritaires : périnatalité / enfance, adolescents / jeunes adultes, population en activité, personnes âgées, population rurale, personnes exclues
- une coopération efficiente sur l'ensemble des sujets que cette politique implique de partager (en santé mentale, en matière de prévention des addictions, en soutien à la famille et à la parentalité, en matière d'habitat ou d'hébergement ...) et qui mobilise de manière concertée les services (PMI, Service de promotion de la santé en direction des élèves, médecine du travail ...) et les dispositifs
- les modalités de mobilisation concertée des financements pour gagner en efficacité, ce qui implique un partage d'informations et une concertation sur les priorités
- une gouvernance territoriale opérationnelle, structurée sur une instance technique départementale relais de la CCP, coordonnée par les délégations territoriales de l'ARS
- les conditions d'émergence d'une culture partagée du risque : repérage du risque émergent en santé environnement, connaissance de l'exposition aux risques et programmes de réduction des risques (infectieux, naturels ou technologiques), coordination de la mise en œuvre des mesures de gestion
- les conditions pour faire émerger une culture d'études d'impact sur la santé concernant notamment les politiques publiques locorégionales en marge du domaine de la santé.



## II.1 - Une gouvernance régionale forte : la Commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention (2)

p.20

La commission s'appuie sur les avis des instances de démocratie sanitaire, conférences de territoire et CRSA, et peut bénéficier de la réflexion des groupes de travail de ces instances.

Elle est associée à la définition des besoins en ingénierie et donc à l'élaboration du programme de travail des pôles régionaux :

- la plateforme de veille et de sécurité sanitaire de l'ARS en en région
- le pôle de compétence régional en éducation et promotion de la santé
- le pôle régional de compétence en éducation thérapeutique
- le pôle de ressources en santé environnement

➤ Elle participe à la définition du cadre de travail et de la lettre de mission des groupes experts régionaux, à la définition de leur animation. Elle est destinataire de leurs travaux sur les programmes d'action. Elle peut par ailleurs solliciter leur avis en tant que de besoin



## II.2- Des outils de structuration et d'appui en région

### II.2.1 Plateforme et pôles (1)

#### Une veille et une urgence sanitaire à développer

Trois objectifs sont poursuivis dans le développement de la plateforme de veille et sécurité sanitaire :

Consolider et structurer l'organisation fonctionnelle régionale intégrative de la plateforme de veille et d'urgence sanitaire de l'ARS:

Il s'agit de :

- Consolider au sein de l'ARS la plateforme de veille et des urgences sanitaires qui regroupe la Cellule de Veille, d'Alerte et de Gestion Sanitaires (CVAGS), la CIRE (cellule de l'INVS en région), la Cellule Régionale de Défense et de Sécurité (CRDS) et la Cellule des Vigilances
- Fédérer autour de cette plateforme fonctionnelle les acteurs institutionnels de veille au premier rang desquels la veille nosocomiale (ARLIN), la pharmacovigilance (CRPV), les services de l'Etat concernés (Rectorat, DDCS, DPP notamment) et le niveau communal (les Services Communaux d'Hygiène et de Santé - SCHS)
- Structurer des réseaux de partenaires de la veille sanitaire pour la gestion des risques infectieux et environnementaux
- Consolider avec les acteurs (sanitaires, médico-sociaux et sociaux) les organisations régionales et territoriales. En particulier mettre en cohérence les organisations internes des établissements avec les exigences de gestion des risques infectieux et des risques associés aux soins ; anticiper et gérer les crises sanitaires en lien avec les Préfectures de la zone de défense et l'ARS

Développer le métier et la culture de veille et de sécurité sanitaire en lien avec la plateforme

La culture du risque, la connaissance de l'exposition, des stratégies d'anticipation et de réduction des risques sont la base des programmes de prévention. La diffusion de ces notions repose sur :

- Une stratégie de communication en direction des professionnels et des populations, que ce soit en temps de crise ou comme partie intégrante de la politique de prévention,
- Le développement d'outils et de programmes de formation initiale et continue des professionnels de santé, des professionnels de l'environnement, des responsables institutionnels...

Mettre en place des outils structurants au niveau régional pour mieux prévenir et gérer le risque

Ils ont pour objet de faciliter le partage et le recueil des informations, la complémentarité et la cohérence des pratiques (référentiels, procédures), de faciliter une gestion des risques réactive et des actions dans la durée inscrites dans des programmes de prévention spécifiques :

- Pour la gestion du risque infectieux
- Pour la sécurité alimentaire, incluant l'eau de consommation et les coquillages, ....
- Pour le risque environnemental : saturnisme, allergies, pesticides, zoonoses, .... mais aussi les risques émergents
- Pour les risques naturels (particulièrement inondations et canicule) et technologiques (sites et sols pollués, plans particuliers d'intervention)
- Pour les risques liés aux soins : infections associées aux soins, événements indésirables graves, mais aussi afflux de victimes, menaces sur la continuité des soins, etc.



## II.2- Des outils de structuration et d'appui en région

p.22

### II.2.1 Plateforme et pôles (2)

#### Le Pôle régional de compétence en éducation pour la santé et promotion de la santé

Le pôle est un instrument majeur de l'organisation de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé dans la région. Son objectif est d'améliorer la qualité, la cohérence des actions et leur couverture du territoire régional. L'Institut national de la prévention et de l'éducation pour la santé (INPES) en a confié à l'ARS le pilotage politique et stratégique. Une vingtaine de structures sont signataires d'une charte sur les valeurs à promouvoir dans ce cadre.

Lieu de rassemblement, d'enrichissement des forces et compétences, le pôle n'est pas un acteur de terrain mais doit venir en appui aux acteurs de terrain. C'est une fédération des acteurs porteurs de compétences en ingénierie d'éducation et de promotion de la santé. C'est une structure de composition ouverte pour pouvoir évoluer en fonction des besoins de santé et des priorités définies. Il est souhaitable qu'il soit doté d'une personnalité juridique, respectant l'identité propre et les missions de chacune des entités engagées. Il se structure autour de :

- Une charte d'engagement
- Une instance de pilotage stratégique, de pilotage technique, une fonction de secrétariat et une équipe d'appui.
- Un contrat d'objectif et de moyens signé avec l'INPES et l'ARS
- Un budget regroupant les subventions de l'INPES (2010-2013), les subventions allouées aux structures du pôle couvrant les missions concernées, les subventions ponctuelles et les apports de membres du pôle

Le champ de ses missions est l'ingénierie en éducation pour la santé et promotion de la santé ce qui recouvre :

- Une fonction documentaire
- Des formations
- La communication
- La constitution de l'inventaire régional des compétences
- Le conseil méthodologique et l'appui technique aux projets locaux de santé
- Les référentiels, méthodologie et outils d'interventions
- Une dimension évaluation à travailler avec l'Université

Une interconnexion devra être construite avec les autres plateformes ou pôles ressources au niveau de la région : en matière d'addictions avec la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (MILDT), dans le cadre de la Politique de la ville (Préfet de Région) et en matière de santé environnementale .



## II.2- Des outils de structuration et d'appui en région

p.23

### II.2.1 Plateforme et pôles (3)

#### Le Pôle régional de compétence en éducation thérapeutique (ETP)

**Le PSRS fait de la prévention et de la prise en charge des maladies chroniques une priorité** de la politique de santé en région. Ceci implique une politique de prévention favorisant la qualité et l'éducation nutritionnelle, la lutte contre la consommation de tabac et d'alcool, la lutte contre la sédentarité, sans oublier la politique vaccinale (hépatite B) et l'action sur les facteurs environnementaux (exposition à l'arsenic dans l'eau, au radon dans l'air intérieur, aux pollutions atmosphériques, aux perturbateurs du système endocrinien et aux facteurs de risque professionnels).

Mais au-delà, ceci implique de dépister tôt et mieux (VIH, hépatites, diabète, cancers, insuffisance rénale chronique), d'améliorer l'accès à une prise en charge précoce et de promouvoir une prise en charge globale améliorant la qualité de vie des personnes et répondant aux enjeux des complications, de la chronicité et de la dépendance.

**Intervient donc le rôle majeur de l'éducation thérapeutique**, qui doit mobiliser les savoirs faire dès l'annonce du diagnostic et ne saurait être dissociée (se référer au schéma médico-social) :

- de l'accompagnement et du soutien éducatif et social la plupart du temps porté par les associations et souvent par les aidants naturels, - des dispositifs sociaux de prise en charge, les facteurs de risque de la maladie chronique étant fortement corrélés à la situation sociale et à la précarité et la survenue d'une maladie chronique étant souvent une cause majeure de précarisation voir d'exclusion.

**Le bilan de la campagne d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique** mise en œuvre par l'ARS fait apparaître une concentration de ces programmes dans les établissements de santé les plus importants du Languedoc Roussillon et une difficulté d'émergence dans le tissu des soins ambulatoires et / ou associatifs. Il révèle aussi des difficultés à aborder certaines problématiques spécifiques : ETP en milieu carcéral, concernant les addictions, ...

#### **Le schéma propose de créer un pôle ressource régional en éducation thérapeutique :**

- Pour soutenir des approches de parcours c'est-à-dire un programme développant des séquences d'ETP post hospitalisation ou recevant des patients post hospitalisation et faisant le lien avec les ressources territoriales (ambulatoire, réseaux ...)
- Pour générer une dynamique de développement qui permette de diffuser l'ETP au sein des établissements : développement des programmes ETP par d'autres professionnels à partir d'une personne ressource ou diffusion des programmes à partir d'une équipe dédiée (équipe mobile).



## II.2- Des outils de structuration et d'appui en région

p.24

### II.2.1 Plateforme et pôles (4)

- Pour faire un état des lieux des besoins en région
- Pour développer l'accessibilité géographique, financière ou sociale au programme dans une perspective de réductions des inégalités de santé.
- Pour renforcer d'une manière générale la place des patients et de l'entourage.

**Les principales attentes** par rapport au pôle sont qu'il puisse mettre à disposition des partenaires :

- un état des lieux des besoins et un répertoire des programmes conduits
- des référentiels d'intervention par territoires, par populations, par pathologies et prenant en compte particulièrement la précarité,
- un état des lieux des formations permettant l'élaboration d'un répertoire mais surtout d'un plan de formation régional



## II.2- Des outils de structuration et d'appui en région

p.25

### II.2.1 Plateforme et pôles (5)

#### **Le pôle de ressources en santé environnement du Programme régional santé environnement (PRSE2)**

Un enjeu fort du domaine de la santé-environnementale est que les populations (publics, élus ...) soient parties prenantes, qu'elles soient responsables. L'objectif, en termes de formation et d'information, est de les rendre autonomes et actrices comme le propose la charte d'Ottawa.

Pour soutenir une politique de promotion de la santé donnant toute sa place à l'action sur les déterminants environnementaux de la santé, il apparaît donc nécessaire de mettre en place les outils d'une démocratie sanitaire et de développer une pédagogie régionale en santé environnement. Ceci implique de renforcer la formation et l'information dans ce domaine, en se situant au plus près des besoins des populations locales (citoyens, professionnels, élus, décideurs ...), mais aussi de veiller à une coordination des messages à l'échelle régionale.

Ce pôle pourra s'ouvrir à la dimension veille sur les risques émergents, par définition mal identifiés et peu documentés, interprétés souvent de manière différente par l'expert et le public. Ils rendent encore plus complexe la veille sanitaire parce qu'ils nécessitent une expertise plurielle et un partage d'informations entre spécialistes et acteurs en charge de la gestion du risque sanitaire.

La construction et l'animation d'un Pôle de ressources « santé environnement » à partir des compétences et des réseaux territoriaux existant dans la région répond aux objectifs de développement d'une pédagogie régionale. L'organisation et l'animation des échanges et co-formations entre acteurs éducatifs de la santé et de l'environnement devraient aboutir à :

- La définition des outils d'observation des compétences et des réseaux ainsi que des territoires pertinents au sein de ce réseau pour faire émerger les problématiques majeures de santé environnementale, en recherchant les coordinations entre acteurs de la santé et de l'environnement
- La définition des objectifs et la mise en place d'un programme de formation continue en santé environnementale en lien avec les dispositifs existants (la charte « Tous acteurs de santé » étant le socle d'une pédagogie régionale en santé environnement).

Ce travail de fond peut rendre intéressante l'organisation chaque année d'états généraux en santé environnementale, ciblés sur les thèmes à enjeux identifiés dans la région, temps privilégiés de démocratie sanitaire.





## II.2- Des outils de structuration et d'appui en région

p.26

### II.2.2 Groupes experts régionaux (1)

Ils ont un rôle structurant au niveau régional dans l'élaboration, l'animation et l'accompagnement de programmes d'action répondant aux objectifs prioritaires du PSRS et de la politique de santé nationale. Ils sont porteurs des recommandations et des évolutions nécessaires au parcours de santé dans leurs domaines de compétence, respectifs

Les groupes régionaux sont à constituer (notamment dans le champ de la veille et de la sécurité sanitaire), d'autres existent déjà, qui devront évoluer pour répondre au mieux aux enjeux actuels (notamment dans le champ de la nutrition ou des personnes âgées). Ils rassemblent l'ensemble des acteurs des champs concernés (institutionnels, professionnels, associatifs) et des usagers.

En effet, les programmes de santé impliquent parfois d'autres politiques dont l'ARS n'a pas la maîtrise d'ouvrage mais qui relèvent de partenaires de la Commission de coordination de la prévention (CCPP). Ils requièrent toujours l'expertise des professionnels compétents, la co-construction avec les acteurs concernés, un accompagnement et une animation des réseaux professionnels.

Les travaux, avis, recommandations des groupes sont destinés à l'ARS et à la Commission de coordination des politiques publiques en matière de prévention, qui les sollicite en tant que de besoin.

Les fonctions attendues sont :

- De porter l'approche globale de la santé (cohérence des parcours de vie et de santé) et l'appui technique à l'ARS et à la CCPP dans l'élaboration et le suivi des programmes régionaux,
- De favoriser la cohérence territoriale, la mobilisation des acteurs,
- De développer une fonction d'expertise et de veille mais aussi d'échanges et de partage d'expérience entre professionnels,
- D'être force de proposition en matières de formation initiale et continue dans les domaines concernés,
- D'assurer une animation dans leur champ.

Ces groupes sont mis en place au niveau régional, en veillant à ce que les territoires soient représentés en leur sein.

- Ils se dotent d'une charte de fonctionnement
- L'ARS formalise pour chaque groupe le cadre dans lequel se situe sa mission et précise les attentes par une lettre de mission,
- Le pilotage et/ou l'animation relèvent de l'ARS et/ou de la CCP selon des modalités à définir pour chacun des sujets. Cette fonction peut être déléguée ou partagée.
- Les groupes élaborent dans ce cadre des axes de travail validés par tous.



## II.2- Des outils de structuration et d'appui en région

p.27

### II.2.2 Groupes experts (2)

Dans le domaine de la prévention, ces groupes experts sont les suivants :

#### **Ont été mis en place :**

- Le Comité régional de lutte contre le VIH (COREVIH), Instance indépendante, renouvelée en décembre 2011 par arrêté préfectoral
- La Commission régionale de la politique vaccinale, pilotée par l'ARS, mise en place en 2011
- Le Groupement régional en santé environnement (GRSE), copiloté par l'ARS, Etat et le Conseil régional, mis en place en 2010
- La Commission Régionale Nutrition Santé, pilotage par l'ARS, existe depuis plusieurs années. Le cadre des missions en a été revu en 2011 pour prendre en compte les enjeux actuels. Elle prend place dans un dispositif régional aux côtés du Comité Régional de l'Aide Alimentaire, piloté par la DRAAF.

#### **Doivent être mises en place en faisant évoluer des commissions antérieures :**

La Commission régionale de la naissance et de l'Enfance, qui fera suite à la Commission régionale de la naissance mise en place dans le cadre du plan national de périnatalité, dont le cadre de mission et la composition doit donc évoluer.

- La Commission régionale du vieillissement, qui fera suite à l'actuelle commission qu'il s'agit de redéfinir pour porter en cohérence le parcours de vie de la personne âgée.

#### **Doivent être mises en place par création :**

- La Commission régionale de coordination des addictions , pilotée par l'ARS
- Le Groupe expert régional en infectiologie incluant les zoonoses



## II.3. Un déploiement au niveau local

### II.3.1 Les projets locaux de santé (1)

Le déploiement de la politique de prévention est porté par une démarche à mettre en œuvre sur les territoires de proximité : il nécessite une volonté politique et s'appuie sur les dynamiques locales en réponse aux besoins identifiés. Ces territoires de proximité, en fait des bassins de vie, seront l'espace des projets locaux de santé. Certains de ces territoires sont des zones blanches, démunies en ressources, qui doivent être prises en compte spécifiquement et prioritairement.

Quatre démarches structurantes seront mises en œuvre pour couvrir progressivement le territoire régional. Elles constituent la perspective affichée comme cadre d'orientation pour la région. Elles sont étroitement corrélées :

- Élaborer dans les bassins de vie des projets locaux de prévention, première étape pour tendre vers des projets de santé globale.
- Mettre en place les acteurs capables de susciter, d'animer et de coordonner des dynamiques de santé.
- Définir les modalités de déploiement de l'offre de prévention pour couvrir le territoire régional y compris en proximité des populations les plus éloignées. Pour ce faire, agir dans deux directions :
  - o développer le panier de services de proximité
  - o accompagner l'évolution des dispositifs de prévention spécifiques.

#### 3-1 Les projets locaux de santé

- Les projets locaux de prévention, un cadre de référence minimal

Toute action de prévention s'inscrit dans un projet local de prévention. Pour pouvoir être retenu, ce projet doit comporter :

- Une analyse des populations, des besoins et des ressources
- Un programme d'actions cohérent avec l'objectif de couverture territoriale, d'atteinte des populations concernées, d'inscription dans la durée et de cohérence avec les priorités et les politiques régionales
- Une mobilisation coordonnée des ressources locales.

Les partenaires de la Commission de coordination de la prévention en faciliteront l'élaboration en définissant le socle des coopérations mobilisables entre services au niveau local. L'émergence de ces projets nécessite une fonction d'animation et de coordination territoriale et/ou locale.

## II.3. Un déploiement au niveau local

### II.3.1 Les projets locaux de santé (2)

#### ▪ Les projets locaux de santé

Au-delà, la réponse aux besoins des populations et la prise en compte du parcours de vie des personnes passe par des projets locaux de santé. Ils répondent à une approche globale de la santé. **Les conditions d'émergence en sont :**

- l'existence d'une dynamique, quelle qu'en soit le support : approche qui peut au départ être populationnelle (les jeunes ...) ou par besoin de santé (nutrition santé, santé mentale ...) ou peut répondre à une volonté institutionnelle (coordinations de services),
- une démarche de diagnostic de santé partagé associant professionnels et habitants,
- des recommandations qui se traduisent en programmes et actions.

**Ils nécessitent d'être portés par une autorité à la légitimité reconnue**, principalement une collectivité territoriale (commune, groupement de communes, pays ...), et que soient définies les conditions du pilotage, de la coordination et de l'animation technique.

#### **Des éléments facilitateurs**

- Les établissements de santé, quand ils sont ouverts à leur bassin et s'emparent du champ de la prévention, ont un rôle particulièrement structurant dans un projet de santé.
- La dynamique de projet local de santé est aussi portée par la politique de la ville (axe santé des projets des quartiers en contrat urbain de cohésion sociale (CUCS) et ateliers santé ville) à la programmation de laquelle l'ARS est associée (art 1435-1 du CSP)

#### ▪ Les contrats locaux de santé (CLS)

Le projet de santé est la première étape vers le contrat local de santé (CLS) (art 1434-17 du CSP), porté par une dynamique locale au niveau d'un territoire de proximité rural ou urbain. Le contrat local de santé (CLS) n'est pas un « dispositif de plus », mais un instrument contractuel d'animation et d'articulation des dispositifs et des politiques publiques en santé : il crée des espaces de négociation et de coopération.

- C'est un outil d'articulation des initiatives locales avec le PRS pour une réponse adaptée et pérenne au plus près des populations, en particulier les plus vulnérables, incluant l'amélioration du contexte environnemental, social, l'accessibilité aux soins et le respect des droits.

## II.3. Un déploiement au niveau local

p.30

### II.3.1 Les projets locaux de santé (3)

- Le CLS s'inscrit dans **un objectif de consolidation du partenariat local** sur les questions de santé au sens large. Il permet une approche de santé cohérente, particulièrement en mobilisant l'accompagnement médico-social, la promotion et la prévention de la santé dont la santé environnement et la veille et la sécurité sanitaire. Il crée le cadre dans lequel l'ARS peut solliciter un avis sur l'organisation des soins. Au-delà, il peut s'étendre à la cohésion sociale, au logement, à l'éducation etc.
- Il nécessite **un portage politique local** qu'il reconnaît, valorise et sur lequel il s'appuie.
- **Son pilotage est structuré** et ouvert aux financeurs. Il implique animation et coordinations techniques.



## II.3. Un déploiement au niveau local

p.31

### II.3.2 Les métiers de l'animation territoriale de santé

#### **3-2. Les métiers de l'animation territoriale de proximité**

L'élaboration, la mise en œuvre et la gouvernance de projets de santé sur le territoire nécessitent animation, coordination et pilotage et donc des métiers (animateur, coordonnateur, chef de projet, ..). Ces fonctions sont déjà identifiées dans certains dispositifs institutionnels ou professionnels. Elles se distinguent de l'animation politique institutionnelle, mais aussi de l'animation de dispositifs ou services spécifiques (réseaux d'acteurs, de compétences spécifiques) ainsi que du pilotage de programmes.

Un socle de compétences est donc nécessaire et doit être mobilisé pour permettre l'émergence, la structuration puis l'animation d'une stratégie d'intervention par projet local de santé puis concevoir, gérer, animer des projets locaux de santé :

- l'animation des politiques locales de santé
- la conception et la gestion de projets d'actions
- l'animation et la coordination d'actions de proximité
- l'animation de réseaux d'acteurs
- de l'ingénierie
- de l'appui au pilotage politique.

L'objectif poursuivi par le schéma est de pouvoir mettre les compétences à disposition des territoires :

1- En mobilisant le pôle de compétence régional en éducation pour la santé et promotion de la santé, conformément à ses missions, pour faire un inventaire régional des professionnels et compétences . Trois objectifs sont poursuivis :

- un recensement des formations initiales et continues mobilisables dans la région
- une réflexion sur des référentiels de compétence et cahiers des charges de formations
- l'élaboration d'un plan de formation puis la mise en place de formations.

2- En identifiant avec les partenaires institutionnels les besoins d'animation des territoires de santé, en concertation avec la CCP, les délégations territoriales de l'ARS et les conférences de territoire, pour amener un appui

- à la construction et l'animation des projets d'éducation et promotion de la santé sur les territoires et les bassins de vie
- à l'élaboration et à l'animation des projets locaux de santé quand existe une dynamique



## II.3. Un déploiement au niveau local

p.32

### II.3.3 Le panier de service de proximité (1)

#### 3-3 Le déploiement en proximité d'un socle de prestations : le panier de service de proximité

**Le principe** d'un socle d'offre de soins de proximité est communément admis. Il peut et **doit être** étendu à l'ensemble des composantes de la santé (les soins de santé primaires). Ces composantes mobilisent des services de prévention, de soins, médico-sociaux et sociaux à travers la définition d'un socle de prestations auxquelles la population doit pouvoir avoir un accès en proximité : **un panier de service**.

**Le schéma régional de la prévention porte la nécessité d'un déploiement territorialisé d'un socle minimum de prestations** appelé panier de service qui relève de l'ARS et d'autres institutions. A ce panier de services doivent correspondre au minimum des activités de prévention que l'on doit pouvoir trouver au niveau de proximité considéré faute desquelles il y a carence de réponse.

▪ **Le panier de service ne définit pas une nouvelle structure mais une nouvelle organisation** : il permet l'accès à une somme de services et résulte de la convergence sur un point du territoire des réponses portées par les professionnels des champs social, sanitaire et éducatif, des équipes déléguées par des structures, dispositifs ou services. Le socle minimum qui le constitue regroupe donc plusieurs éléments et mobilise plusieurs modalités de travail :

- certaines prestations relèvent de dispositifs (dépistages des cancers, vaccinations...)
- certaines prestations relèvent d'interventions en éducation pour la santé ou promotion de la santé
- le contenu et le calibrage quantitatif et qualitatif sont fonction de la population et des besoins perçus par les professionnels.
- enfin même si un socle est défini, il autorise une certaine souplesse pour répondre aux particularités locales ou à des actions innovantes

▪ **Le contenu doit en être défini**. De manière pragmatique, la réponse doit être adaptée à la population et aux services existant localement.

- La question doit être posée de la standardisation d'un socle dans lequel semblent nécessaires en matière de prévention :
- l'accès à un service public de la vaccination, de dépistages (VIH et hépatites, IST dans la limite des conditions techniques, cancer),
  - l'accès au dispositif d'addictologie en première instance ou en relai d'un repérage par un professionnel
  - à une action d'éducation pour la santé qu'elle concerne la sexualité, la nutrition ou tout autre thème perçu comme nécessaire, y compris l'éducation thérapeutique
  - l'accès à des mesures de protection rendues nécessaires par l'émergence de risques, environnementaux ou infectieux



## II.3. Un déploiement au niveau local

p.33

### II.3.3 Le panier de service de proximité (2)

- Il ne peut être envisagé si l'accès aux soins n'est pas consolidé par la « première marche » que constitue l'accès aux droits
  
- Support du parcours de santé au niveau local, il appelle une convergence avec les dispositifs portés par ou avec d'autres institutions ou des collectivités. A ce titre doivent y avoir leur place
  - le soutien à la parentalité,
  - l'accès à la planification familiale,
  - le lien avec la PMI
  - mais l'accès à un accompagnement ou à une prise en charge sociale (dispositifs de cohésion et d'action sociale,) dès lors que les partenaires voudront et pourront s'y associer.
  
- Le panier de service ne saurait donc être arrêté sans être mis au travail dans une co-construction :
  - Les conférences de territoire, la Commission régionale de la santé et de l'autonomie seront consultées sur la question de la standardisation d'un socle qu'il convient alors de définir.
  - Si à terme tout le territoire régional doit être desservi par le panier de service déployé dans les bassins de vie, le déploiement ne peut qu'en être progressif, corrélé au déploiement des projets locaux de santé
  - Ceci sous-entend cependant la nécessité de construire une démarche de programmation
  - La commission de coordination des politiques publiques sera le lieu de recherche des convergences dans le déploiement, la programmation et la modélisation des ressources.





## II.3. Un déploiement au niveau local

### II.3.3 Le panier de service de proximité (3)

▪ Le déploiement territorial doit être envisagé de manière pragmatique :

Cette démarche est liée principalement mais pas exclusivement à un projet local de santé. La priorité doit être donnée aux zones éloignées, rurales ou aux quartiers enclavés de certaines agglomérations.

Nonobstant la composition du panier de service, la programmation de son déploiement territorial est à définir en prenant en compte la diversité des situations :

- des zones prioritaires où tout est à faire, depuis faire naître les conditions mêmes de déploiement du panier, c'est-à-dire une dynamique
- des zones où la dynamique s'initie, où il faut l'accompagner, la soutenir
- des zones où la dynamique est satisfaisante, voire se traduit déjà par des outils concrets tels que des contrats locaux de santé

L'organisation sera adaptée aux possibilités et conditions locales : plateforme et lieu virtuel, centre de ressources en un lieu identifié, le choix de l'organisation doit aussi tenir compte de deux éléments :

- la (ou les) localisation(s) ne doivent pas être un frein à l'accès par peur de perte de confidentialité,
- l'organisation doit favoriser l'interface entre les professionnels. On recherchera donc, entre autres, les lieux d'exercice collectif (maisons pluri professionnels de santé, maisons médicales de garde), hôpital local ou structure d'accès aux soins pour les populations vulnérables.

Par définition les professionnels concernés appartiennent à plusieurs disciplines parmi lesquelles les médecins et l'ensemble des professionnels de santé de l'ambulatoire. Ils sont le recours naturel des habitants. Leurs compétences et leur connaissance de leur patientèle les placent au cœur des enjeux de la prévention. Pour cela ils ne peuvent rester isolés. L'organisation du panier de service doit aussi permettre en proximité l'interface entre eux et les professionnels du champ de la prévention. Elle contribue ainsi au parcours de santé.

L'accès effectif aux prestations de proximité doit être organisé

Ceci doit se faire en lien avec le tissu professionnel local ; les médecins et infirmières, parfois seuls acteurs de proximité, les services territorialisés (PMI, services sociaux, inter secteurs de santé mentale ...).

La question du déplacement et / ou du transport doit être prise en compte. Elle peut orienter le choix d'implantation et / ou être prise en compte dans une démarche de projet local de santé.

- La mise en place du panier de service sur les territoires sera soutenue par des outils d'appui : pôles ressources, contrats locaux de santé, coordinations interinstitutionnelles. Elle se traduira aussi par des évolutions dans les relations contractuelles de l'ARS avec les opérateurs.

## II.3. Un déploiement au niveau local

p.35

### II.3.4 La refinalisation des dispositifs de prévention spécifique (1)

#### 3-4 La refinalisation des dispositifs de prévention spécifiques

Le déploiement territorial du panier de service concerne également les dispositifs spécifiques de dépistage (CLAT, CIDIST et CDAG, plateformes de dépistage des cancers), les centres de vaccination, mais aussi les établissements de prévention et de prise en charge des addictions (CSAPA et CAARUD). L'objectif est de répondre aux besoins des populations en articulant l'activité des établissements ou services spécialisés, celle des professionnels de premier recours (les médecins, les sages femmes ...), mais aussi dans certains domaines celle des associations.

#### ➤ Les principes à mobiliser pour couvrir le territoire

**Les établissements ou services spécifiques ont vocation à se déployer** sur l'ensemble des bassins de vie et en accompagnement des contrats locaux de santé. Ce doit être un déploiement progressif et concerté. Les principes et cadres devront être posés dans une programmation et en lien avec la CCP et les groupes experts régionaux .

#### **Leurs acteurs sont amenés à se repositionner :**

- **Du fait des interfaces nécessaires avec les professionnels libéraux** qui sont des acteurs incontournables face aux enjeux de repérage et de prise en charge précoces, mais dont l'isolement est souvent un frein. Un des rôles des dispositifs spécialisés est bien de faciliter l'implication des médecins et des autres professionnels par l'information, l'action en relais ou en appui, le développement de travail en réseau ou en interfaces.

- **Du fait de l'inscription territoriale forte** nécessaire puisqu'ils ont vocation à être dans leurs domaines respectifs garants du parcours de santé dans les territoires, du repérage précoce à une prise en charge adaptée. Ils ont ainsi vocation à devenir des «pôles ressources» pour leur bassin d'intervention en matière de connaissances et de pratiques. Ils doivent pour ce faire travailler en lien et en réseau avec les acteurs locaux du quartier, de l'école, des lieux d'écoute.

#### **L'organisation cible** doit tenir compte des spécificités de chaque territoire

Les orientations ci-après intègrent partie de ces spécificités notamment en ce qui concerne

- La Lozère avec les difficultés de stabilisation des temps médicaux , les difficultés liées aux volumes d'activité et celles induites par l'accès géographique et le problème des transports
- L'Aude et la situation de bipolarisation Carcassonne et Narbonne qu'il faut prendre en compte dans les scénarios
- Les Pyrénées Orientales et le problème tout à fait spécifique du Plateau cerdan et du Haut vallespir



## II.3. Un déploiement au niveau local

p.36

### II.3.4 La refinalisation des dispositifs de prévention spécifique (2)

- **Du fait de leur vocation à s'inscrire dans le panier de services de proximité** et dans les actions de promotion de la santé mais de manière concertée et en fonction de leurs compétences.

Au-delà des axes identifiés dans le schéma, les déploiements seront affinés

- Par les travaux d'élaboration des projets locaux de santé
- Par les travaux des groupes experts au niveau de la région.

#### ➤ **Les centres de vaccination**

La commission régionale de la politique vaccinale a acté la nécessité d'une approche globale de promotion de la santé et la nécessité de travailler avec les maternités, le réseau périnatal d'amont et d'aval et les équipes de PMI, avec l'éducation nationale (des conventions sont attendues dans tous les territoires), les sages femmes et les médecins généralistes, les CSAPA et les CAARUD, le milieu du travail.

Les objectifs portés par le schéma sont

**□ De déployer le dispositif pour atteindre une organisation territoriale cible.** Cette organisation intègre le fait que les centres de vaccination ont tous vocation à contribuer au panier de services de proximité en appui des médecins libéraux. Elle se traduit dans les territoires par :

- La nécessité dans l'Hérault de repenser profondément la mise en œuvre de la couverture du territoire, le portage de l'ensemble des missions et de la fonction d'animation territoriale, ainsi que le développement des partenariats avec l'éducation nationale
- La nécessité en Lozère de stabiliser une équipe, en étudiant deux scénarios possibles de coopération : un pôle interdépartemental de vaccination (Gard Lozère), ou un pôle assurant les missions recentralisées au CH de Mende avec CDAG, CIDIST et CLAT
- La nécessité dans l'Aude de renforcer au minimum les coopérations entre les deux centres (Carcassonne et Narbonne) et d'assurer en cohérence la couverture (actions hors les murs et partenariats) et l'animation territoriales
- la nécessité dans les Pyrénées Orientales d'étayer l'organisation intégrée en pôle avec CDAG et CIDIST et de déployer les moyens de la couverture du territoire (équipe mobile)



## II.3. Un déploiement au niveau local

p.37

### II.3.4 La refinalisation des dispositifs de prévention spécifique (3)

□ **De positionner les centres de vaccination comme animateurs et relais de la politique vaccinale** sur leur territoire notamment auprès des partenaires institutionnels et des professionnels de santé.

□ **De renforcer les liens au niveau de chaque territoire** entre les centres de vaccination, l'éducation nationale, les Conseils Généraux et les Services communaux d'hygiène et de santé (SCHS) et de s'inscrire dans le projet de territoire.

L'amélioration de la politique vaccinale est inscrite comme un des objectifs du Programme Régional de Gestion Du Risque développant des actions régionales spécifiques en direction des médecins libéraux.

#### ➤ Les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les centres d'information et de dépistage des infections sexuellement transmissibles (CIDIST)

L'évolution technique et celle des politiques de dépistage rendent plus que jamais nécessaire le déploiement sur chaque territoire d'une organisation concertée et coordonnée associant le dispositif spécialisé, les associations qui peuvent maintenant proposer le dépistage communautaire par Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD - le premier autorisé étant le TROD VIH) et les professionnels libéraux.

Les objectifs portés par le schéma sont les suivants

□ **Atteindre une organisation territoriale cible** qui intègre le fait que les CDAG et CIDIST ont tous vocation à contribuer au panier de services de proximité et à s'inscrire dans les projets locaux de santé. Cette organisation cible nécessite :

- de consolider le dispositif en étayant le maillage territorial dans l'Hérault, notamment à Sète (Pays de Thau) et dans l'Ouest du territoire
- de mettre en place une équipe mobile dans quelques territoires, notamment dans les Pyrénées Orientales (Plateau Cerdan)
- que tous les CDAG et CIDIST prennent en compte dans leur organisation les actions hors les murs **en direction des publics prioritaires**
- de systématiser les partenariats entre CDAG / CIDIST et l'ensemble des CSAPA et CAARUD

□ **Positionner les CDAG et CIDIST comme animateurs et relais** de la politique de dépistage des IST, du VIH et des hépatites sur leur territoire et les inscrire dans les projets locaux de santé,

- en lien avec les services d'infectiologie, les hépatologues et réseaux (réseaux VIH et réseau hépatites LR) pour l'accès aux soins
- en lien avec les réseaux associatifs au contact des populations particulièrement concernées (usagers de drogues, personnes migrantes, hommes ayant des relations avec d'autres hommes, personnes prostituées) pour faciliter l'accès au dépistage ou aux TROD
- en lien avec les professionnels de santé du territoire dont la mobilisation est nécessaire pour permettre l'accès des personnes qui se vivent éloignées des risques au diagnostic du VIH, des hépatites et des IST au premier rang desquelles les chlamydiae.



## II.3. Un déploiement au niveau local

### II.3.4 La refinalisation des dispositifs de prévention spécifique (4)

#### ➤ Les Centres de lutte contre la tuberculose (CLAT)

Les objectifs portés par le schéma

#### □ **Atteindre une organisation territoriale cible**, prenant en compte le fait que les CLAT ont vocation

- à exercer la totalité de leurs missions, notamment en prévention , vaccination et dépistage hors les murs en direction des publics prioritaires (personnes en grande précarité, détenus, étrangers, gens du voyage, personnes âgées)
- à se coordonner au niveau interdépartemental et faire émerger une coordination régionale de la Lutte antituberculeuse
- à contribuer au portage du panier de service de proximité. Cette organisation nécessite :
  - de mettre à l'étude en Lozère, dans le Gard à Bagnols et dans l'Aude l'évolution du dispositif vers la constitution de pôles intégrant l'activité des CLAT à d'autres activités (telles que CDAG / CIDIST et vaccinations)
  - de renforcer les coopérations entre CLAT pour définir une stratégie de couverture cohérente du territoire
  - d'équiper les CLAT afin qu'ils puissent aller au plus près des populations vulnérables (camion équipé en radiographie)

#### □ **Positionner les CLAT comme animateurs et relais** d'une politique régionale ce qui implique pour eux

- De développer de manière active le dépistage ciblé auprès des populations les plus à risque, mais aussi de développer des référentiels pour identifier les personnes ayant des risques accrus et des référentiels d'intervention
- De renforcer l'action en relais ou en réseau avec le tissu des acteurs sociaux travaillant auprès de ces populations ainsi qu'avec les acteurs sanitaires (médecins, services de PMI ...) et associatifs
- De s'inscrire dans les projets locaux de santé.

#### □ **Organiser le réseau des CLAT en région autour de travaux communs**

- *sur la prise en charge autour des cas et le développement d'outils, de protocoles partagés...*
- *sur le dépistage et la prévention dans une approche santé publique et en cohérence avec la politique vaccinale en région*
- *sur les rapports d'activité*

## II.3. Un déploiement au niveau local

### II.3.4 La refinalisation des dispositifs de prévention spécifique (5)

#### ➤ Les structures de gestion des dépistages organisés des cancers

Les objectifs portés par le schéma sont bien de favoriser la participation aux dépistages organisés (actuellement cancer du sein et cancer colorectal) des personnes qui en sont éloignées ou ont des difficultés d'accès (personnes précarisées, certains cantons

□ **L'organisation territoriale cible** doit intégrer le fait que les dépistages organisés ont vocation à faire partie du panier de service de proximité et à s'inscrire dans les projets locaux de santé. Les difficultés d'accès spécifiques doivent poser le problème d'équipes mobiles (Lozère).

□ **Les structures de gestion se positionnent comme animateurs et relais des politiques de dépistage** dans leur territoire

○ le travail engagé au niveau régional avec les structures de gestion doit leur permettre de devenir le relais de l'ARS sur les territoires (populations et territoires prioritaires, harmonisation modalités de travail, partenariats locaux...)

○ ceci implique pour elles :

- de porter les actions de mobilisation des professionnels et des populations
- en intégrant les données d'identification des publics ou cantons ayant les taux de participation plus faible et la connaissance des freins (études en cours)
- de veiller particulièrement à l'accès des personnes qui sont éloignées ou en difficulté d'accès, quelle qu'en soit la cause (problèmes de santé mentale, handicap, détention, précarité ...) au dépistage mais aussi à la prise en charge. Cela conduit à développer un travail en relai avec les partenaires, particulièrement sociaux et associatifs localement

## II.3. Un déploiement au niveau local

p.40

### II.3.4 La refinalisation des dispositifs de prévention spécifique (5)

#### ➤ Le dispositif d'addictologie, CSAPA et CAARUD

**En matière d'addictions, la prévention doit avoir une place centrale.** Elle ne se limite pas à informer sur les dangers et interdire les comportements. Les questions essentielles sont celles de la construction de la personnalité, des compétences, du lien social, du bien-être individuel et social... Elle implique d'agir précocement sur les facteurs qui aggravent les risques : la précocité, l'association à des conduites d'excès et à des prises de risque, fréquentes à l'adolescence, l'association à des circonstances particulières (les risques professionnels, l'apprentissage pour le jeune, des périodes de vie comme la grossesse), les contextes de vulnérabilité psychologique et de difficultés familiales, les contextes de désocialisation et de marginalisation ...

**Si le dispositif spécialisé doit tenir une place centrale, il est nécessaire d'agir en amont** notamment sur les faiblesses repérées au niveau régional. Faiblesse en matière d'actions de prévention qui ne s'inscrivent qu'insuffisamment dans la durée. Elles doivent s'adapter aux âges et aux conditions de vie depuis l'éducation pour la santé et l'acquisition des compétences psychosociales jusqu'à la réduction des risques. Faiblesse en soutien à la parentalité une fois passé l'âge maternel. Faiblesse du repérage précoce et de la prise en charge des troubles des conduites alimentaires, jeux dangereux, troubles de la relation parents enfants dès leur survenue.

**Le dispositif exerce pleinement ses missions dès lors qu'il faut mobiliser la prévention spécifique.** Dans les lieux (rassemblements festifs...) et face aux circonstances à risques, dans la formation et le soutien des professionnels intervenant auprès des jeunes, l'action coordonnée avec les personnels des établissements scolaires, des lieux d'accueil des jeunes sortis du système scolaire (Missions locales d'insertion, centres d'apprentissage), des lieux d'écoute (Points écoute jeunes, Maisons des adolescents), les personnels de la santé au travail (médecine du travail et CHSCT).

**Les CSAPA et consultations jeunes consommateurs constituent avec les CAARUD le pôle médico-social** d'un dispositif qui comprend par ailleurs des établissements sanitaires (équipes de liaison, consultations d'addictologie, maternités) et les acteurs du 1<sup>er</sup> recours (médecins généralistes et pharmaciens, sage femmes), qui devrait coopérer étroitement avec la psychiatrie et être étroitement articulé avec les services sociaux (d'hébergement, d'accompagnement, d'insertion, de PMI).

**Coordonné, ce dispositif peut et doit assurer la prise en charge globale des personnes** concernées par l'addiction : permettre au patient à un moment de sa trajectoire de trouver la meilleure réponse possible à l'ensemble de ses besoins sur le plan médical, social, économique quelle que soit sa porte d'entrée dans la prise en charge. Ses faiblesses actuelles sont liées

- au peu d'implication des médecins généralistes, très isolés,
- à la couverture très inégale du territoire,
- à l'absence de coordination et la faiblesse des coopérations.
- à l'insuffisance de structuration de l'accès aux dépistages et donc de l'accès aux soins pour les personnes concernées tant par les produits et médicaments détournés que par l'alcool, particulièrement en ce qui concerne les hépatites.



## II.3. Un déploiement au niveau local

p.41

### II.3.4 La refinalisation des dispositifs de prévention spécifique (6)

**Les objectifs portés par le schéma** (en cohérence avec le Schéma régional d'organisation médico-social – Personnes à vulnérabilité spécifique) :

□ **Les établissements médico-sociaux ont vocation à se déployer** au niveau territorial et à s'inscrire dans les projets locaux de santé.

- Ils portent un socle de prestation qui participe du panier de service de proximité.
- Ils doivent développer les interfaces avec les médecins généralistes et professionnels libéraux.
- Garants du parcours de santé en matière d'addictions dans les territoires, leur rôle est de construire les conditions de ce parcours et de son accessibilité : par la coordination avec les acteurs locaux et l'articulation avec les secteurs hospitalier (l'addictologie hospitalière et les pôles d'infectiologie et les hépatologues), les professionnels du 1<sup>er</sup> recours (médecine ambulatoire, sages femmes, pharmaciens), les maternités et le réseau périnatal, les centres de dépistages et de vaccinations.
- Ils ont ainsi vocation à devenir des « pôles ressources » pour leur bassin en matière de connaissance et de pratiques.

La couverture territoriale par déploiement du dispositif sur les zones blanches sera donc programmée en fonction de de la programmation des projets locaux de santé

□ **Ils doivent en outre recentrer leurs interventions de prévention en direction des priorités** que sont

- les publics vulnérables en grande proximité avec le risque,
- les très jeunes,
- les jeunes sortis du système scolaire, étudiants ou en apprentis
- les publics en perte d'insertion ou en démarche de réinsertion
- le milieu festif

En veillant à la cohérence dans les projets locaux de santé

□ **Les équipes portant la réduction des risques** doivent être confortées pour couvrir le territoire conformément aux besoins, en veillant à diversifier la palette des recours pour la population concernée : automates, réseaux de pharmaciens, mais aussi organisation de la délivrance des TSO ...





## II.3. Un déploiement au niveau local

p.42

### II.3.5 La finalisation de réseaux de veille, d'alerte et de gestion des alertes (1)

#### **3-5 La finalisation de réseaux territorialisés de veille, d'alerte et de gestion des alertes**

Deux objectifs prioritaires sont portés par le schéma :

##### **□ La constitution de réseaux territorialisés pour la prévention des infections associées aux soins (AIS) dans les EHPAD.**

L'objectif est de promouvoir une démarche qui permette à chaque établissement d'évaluer le risque infectieux, d'apprécier son niveau de maîtrise pour élaborer ou adapter un programme d'actions et agir plus efficacement en cas de crise. Cette démarche doit être centrée sur le patient et son parcours de soins. Ce programme requiert l'expertise et l'appui de l'Equipe opérationnelle d'hygiène de proximité, de l'ARS, de la CIRE ou du CCLIN-ARLIN. Il sera déployé par territoires de proximité en prenant appui et en favorisant les dispositifs de coopération. Il sera relié avec la plateforme de veille et urgence sanitaire puisqu'il s'agit bien de développer une culture du risque (son évaluation et son anticipation), de l'alerte et de la gestion des situations.

##### **□ La structuration au niveau de chacun des territoires de la région de réseaux coordonnés de veille sanitaire**

Il s'agit de mettre en place un dispositif opérationnel et réactif de veille sanitaire pour la réception, le traitement et l'évaluation précoce des signaux et alertes, puis de proposition et mise en place de mesures appropriées de gestion et de contrôle.

Mis en place dans les Pyrénées Orientales, il a vocation à être développé de la même manière dans les autres territoires. Il nécessite la participation de multiples acteurs et partenaires locaux qui doivent être formés, informés, et capables d'avoir une veille active et de mettre en œuvre en tant que relais sur le terrain toutes les actions correctives dans le cadre d'interventions en réseau sous la coordination de l'ARS. Tous les acteurs Equipes de PMI, de santé scolaire, médecine du travail, médecins coordonnateurs d'EHPAD, les professionnels de santé, SAMU et SMUR sont parmi les partenaires à mobiliser

L'objectif est également d'harmoniser les modes d'organisation et de fonctionnement de la veille sanitaire au sein de l'ensemble des territoires de la région et de sécuriser les procédures.



## II.3. Un déploiement au niveau local

p.43

### II.3.6 Le déploiement de dispositifs partenaires

#### **3-6 Le déploiement des dispositifs partenaires**

Le schéma régional de la prévention appelle pour sa mise en œuvre la mobilisation de dispositifs partenaires. Eux aussi prennent toute leur place dans les projets locaux. Avec eux il est nécessaire que les dispositifs spécifiques créent des liens et amènent un appui. Eux aussi peuvent être porteurs d'actions. Sans que la liste soit exhaustive, les principaux dispositifs identifiés sont

**-Des dispositifs sanitaires et médico-sociaux :** Maisons des adolescents et Groupements d'entraide mutuelle en santé mentale

**- Des dispositifs pilotés par d'autres institutions**

- Réseau d'aide et d'appui à la parentalité
- Dispositif de planification familiale
- Points d'accueil et d'écoute jeunes
- Missions locales d'insertion
- Ateliers santé ville

**- Des dispositifs institutionnels**

- PMI
- Personnels de l'éducation nationale, tant enseignants que service de promotion de la santé en faveur des élèves
- Contrats urbains de cohésion sociale
- CIDF
- Médecine du travail
- Mutuelles étudiantes
- Mutualité française
- MSA

La cartographie d'implantation et de couverture territoriale est importante à prendre en compte, pour deux raisons

- certains (MLI, PAEJ , dispositif de la MSA ...) sont parfois les ressources essentielles de territoires, point d'accroche possible pour les actions et le contact avec des populations
- d'autres sont des acteurs essentiels dont la couverture territoriale est importante à considérer (santé scolaire, PMI, REAAP, mutuelles ...)



## II.4 Une ingénierie technique (1)

p.44

### □ Un besoin de systèmes d'information

L'espace de la prévention embrasse toute la population, donc tout le territoire, et doit s'appuyer sur des données permettant de définir un zonage. Les besoins de santé doivent être appréhendés dans leur dimension la plus fine mais aussi complexe (les déterminants et facteurs de risque). Les ressources sont quant à elles très dispersées, peu visibles et pas toujours identifiables quant à leur activité et territoire d'action.

#### Un système d'information global et permettant un zonage fin est ainsi nécessaire :

- Statistique : données de mortalité, de morbidité, données sociales, consolidables à un niveau géographique compatible (notion de carte d'identité d'un bassin ou d'un territoire de dynamique candidat à un contrat local de santé)
- et géographique avec le développement d'un outil SIG.

#### L'observation des besoins et des réponses en santé

La plateforme d'observation de la santé portée par l'ARS doit être connectée avec des plateformes d'observation existantes

- La plateforme d'observation sanitaire et sociale hébergée par la Direction régionale de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale
- la plateforme de la politique de la ville hébergée par le Secrétariat Général aux Affaires Régionales (Préfecture)

Le champ des addictions nécessite la construction d'une plateforme d'observation spécifique. Elle doit être construite avec la Mission Interministérielle de lutte contre les Drogues et la Toxicomanie. L'élaboration et le pilotage d'une politique régionale en matière d'addictions nécessitent une connaissance des populations, de leurs problèmes, des conduites et des besoins. Ceci est extrêmement évolutif et ne peut être appréhendé que de manière indirecte à travers des données de sources multiples. Il est nécessaire de déterminer les bons indicateurs dans le double objectif de pilotage des programmes et d'alerte sur l'émergence de risques nouveaux.

#### Des outils de pilotage

- **Outil d'observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé, ou mieux un SIG** : outil de recensement et de localisation des dispositifs et actions participant à la politique régionale de prévention et promotion santé mis en œuvre par les opérateurs et institutions régionales, particulièrement dans le cadre de la CCP et à sa disposition.
- Des **outils descriptifs et d'analyse qualitative de l'activité** seront mis au travail particulièrement pour tous les dispositifs réglementaires (de dépistage et de prise en charge) pour compléter les rapports d'activité quantitatifs nationaux.
- **Des liens nécessaires entre les données de la base financière et les données statistiques** démographiques, socio-économiques ou épidémiologiques par territoire.



## II.4 Une ingénierie technique (2)

p.45

### En matière de veille et de sécurité sanitaire

De nombreux outils existent, qu'il s'agit de consolider et de sécuriser avec un **objectif de partage et d'analyse de données**, mais aussi de **qualité**, de **représentativité** (voire exhaustivité parfois) de **traçabilité** et **d'appui à la gestion**.

La disponibilité et la fiabilité de ces outils sont déterminantes pour la structuration des organisations.

#### **Outils de gestion :**

- Main courante régionale des signaux et alertes
- Outil de gestion de veille et d'alerte : Orages / Voozalerte, déploiement Esin, accès Synergi, Siroco, etc....
- projet de répertoire opérationnel des ressources (ROR) transversal au SROS et à l'anticipation de la gestion de crise

#### **Outils de veille et de surveillance:**

- des activités de soins : serveur régional de veille hospitalière, système d'information des urgences en Languedoc Roussillon, suivi des activités des associations SOS, EHPAD sentinelles
- des décès
- des risques liés à l'environnement: Systèmes d'Information en santé Environnement (SISE eau, baignades, etc...), base PICOT pour les légionelles et les tours aérorefrigérantes, Air LR, surveillance pollens RNSA, ....)



## II.4 Une ingénierie technique (3)

### □ Une ingénierie de contractualisation à faire évoluer et diversifier

La perspective de déploiement territorial et de mise en place des outils structurants portés par le schéma ainsi que la volonté de répondre aux besoins de la population conduisent à faire évoluer les attributions financières au regard des priorités territoriales et thématiques ainsi que les modes de contractualisation.

**1- Retrouver une marge de manœuvre régionale :** dans le cadre du financement des actions de prévention il sera nécessaire de

- de mener une politique d'évaluation des actions financées
- de réorienter **les promoteurs qui devraient relever d'autres sources de financements :**
  - Sociaux (hébergement et accompagnement social), ou médico-sociaux (ONDAM spécifique ou champ CNSA),
  - Des réseaux de santé (coordination de professionnels du parcours de soins),
 Un accompagnement inter institutionnel devra être mis en place pour les faire émerger sur les dispositifs ad hoc.

**2- Poursuivre les partenariats dans la négociation de contrats d'objectifs et de moyens**

A travers des dialogues de gestion avec l'ensemble des dispositifs de prévention spécifique

- structures de dépistage organisé du cancer,
- structures de recentralisation : dépistage des IST, VIH et hépatites C (IDDIST/CDAG), centre de lutte antituberculeux (CLAT), centres de vaccination)
- structures supports (partenaires de santé publique)
- associations interdépartementales et départementales en capacité de développer leur action sur les thématiques, les publics et les territoires ciblés comme prioritaires par l'ARS.

Cette négociation aboutira, sur la base de diagnostics locaux, à la signature d'une **convention annuelle, et si possible pluriannuelle d'objectifs et de moyens.**

**3- Accompagner la territorialisation des politiques de santé à travers les contrats locaux de santé**

En définissant la contribution de chaque promoteur dans une annexe technique accompagnant chaque contrat.

**4- Passer des marchés publics pour rémunérer des prestations de service**

Ces marchés, regroupant les différents départements de la région lorsque c'est possible, (analyse des eaux de baignade et de consommation...), répondent à des obligations juridiques dès lors que la commande atteint 4000€ et contribuent à abaisser les coûts

## II.4 Une ingénierie technique (4)

### □ Des formations à développer

• Une faiblesse de la formation et un manque de repères sur la reconnaissance des métiers rendent nécessaires

- les formations aux métiers d'animateurs en prévention et en éducation pour la santé, chefs de projet, coordonnateurs
- les formations aux méthodologies d'intervention et à l'évolution des pratiques professionnelles dans le champ de la prévention

- La diffusion de la culture de prévention et de protection de la santé, voire de gestion de crise, nécessite un travail de **formalisation de programmes et de référentiels de formation** tout à la fois pour :

- mettre en place des formations « professionnalisantes »
- structurer une offre de formation continue pour les professionnels
- organiser la prise en compte de ces dimensions dans les formations initiales des professionnels de santé

- La diversité et la qualité de l'offre universitaire régionale, comme la richesse des compétences au sein du tissu institutionnel et associatif, créent les conditions de mise en œuvre de **partenariats** au bénéfice des priorités de santé identifiées.

En tout état de cause, l'objectif d'étayer les politiques, programmes et actions en développant **un plan pour enrichir et favoriser l'offre de formation initiale et continue en région** doit mobiliser toutes les compétences, au premier rang desquelles le Pôle de compétence régional en éducation, protection et promotion de la santé, mais aussi les groupes experts régionaux.

- Disposer d'un état des lieux des formations en région
- Elaborer un plan cohérent prenant en compte les formations initiales et continues, mais aussi la validation des expériences dans un champ où le rôle des bénévoles mais aussi des personnes concernées a sa place.

## Indicateurs de suivi du schéma (1)

LANGUEDOC-ROUSSILLON

Objectifs du Schéma	Indicateurs Schéma
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. <b>Gouvernance</b> : CCP lieu d'élaboration et de construction des convergences et des complémentarités institutionnelles et de mise en cohérence de la politique territoriale de santé</li> </ul>	1. « Animation » , « vie » de la CCP
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2. <b>Outils structurants au niveau régional</b></li> <li>-2.1. Plateforme de veille et d'alerte</li> <li>-2.2 Structuration de l'offre en éducation pour la santé et promotion de la santé</li> <li>-2.3. Pole ressource en santé environnement</li> <li>-2.4. Groupes experts régionaux</li> </ul>	2.1. Organisation des partenariats extérieurs avec la plateforme veille 2.2. Mise en place d'un socle commun d'ingénierie ( Pole ?) / mise en cohérence des interventions 2.3. Mise en place du pole ressource SE 2.4. Mise en place des 7 groupes avec définition du plan de travail et rapport d'activité
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3. <b>Outils structurants au niveau régional</b></li> <li>-3.1 Projets locaux de santé (PLS)</li> <li>-3.2 Métiers de l'animation territoriale</li> <li>-3.3 déploiement en proximité d'un socle de prestation</li> <li>-3.4 Dispositifs de prévention spécifiques</li> </ul>	3.1.1 Zones ayant « adoptées la démarche » 3.1.2 Proportion des actions financées incluses dans un PLS 3.1.3 Nombre de CLS signé ( <i>indicateur indirect</i> ) 3.2.1 nombre d'équipes d'animation dédiées par rapport au nombre de contrats signés 3.2.2 élaboration d'un référentiel métier adopté par l'ARS 3.3 nombre de territoires définissant un panier de service formalisé, contractualisé 3.4 Proportion de dispositifs de prévention spécifiques intégré dans un panier de service

**Objectifs du Schéma**

**Indicateurs Schéma**

Objectifs du Schéma	Indicateurs Schéma
-3.5 Finalisation des réseaux territorialisés de veille et d'alerte	3.5.1 nombre de réseau de veille et d'alerte territorialisé 3.5.2 Nombre de réseau de prévention des infections liées aux soins des établissements de santé ou médicaux sociaux
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4. Ingénierie technique</li> </ul> -4.1 Observation de la santé et système d'information -4.2 Formation en EPS et PS	4.1 Mise en place d'un SIG 4.2.1 Analyse de l'offre de formation 4.2.2 Elaboration d'un plan régional de formation





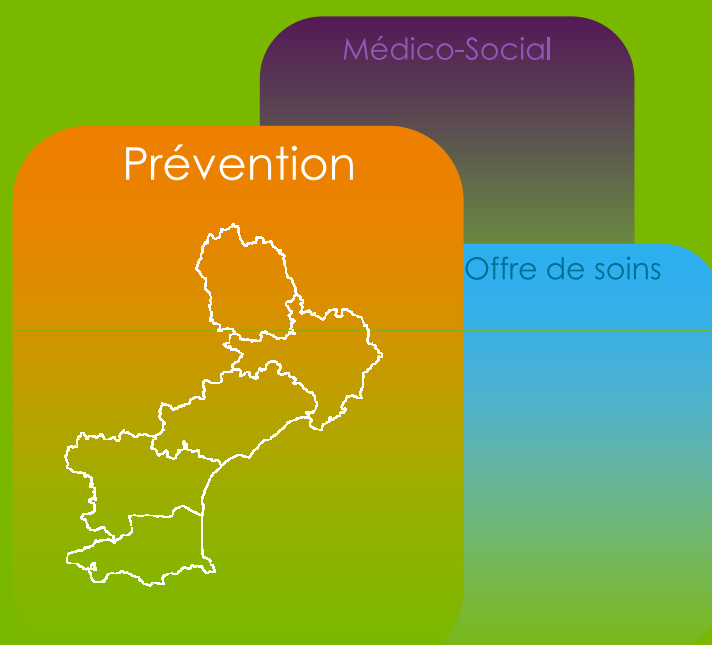
# Evaluation

LANGUEDOC-ROUSSILLON

## Objectifs Schéma

## Indicateurs Schéma

<p><b>INDICATEURS CPOM</b> Prévenir les maladies infectieuses par la couverture vaccinale</p>	<p>Cf indicateur CPOM 2.5 sur le ROR Taux de couverture vaccinale hépatite B (faisabilité à vérifier selon la tranche d'âge ciblée)</p>
<p>Améliorer le dépistage précoce</p>	<p>Cf indicateurs CPOM 2.3 ET 2.4 sur le cancer du sein et cancer colo-rectal Dépistage « associatif » par Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) (à préciser) ?</p>
<p>Santé environnementale</p>	<p>Lien PRSE 2 + indicateurs CPOM 3.2 et 4.2</p>

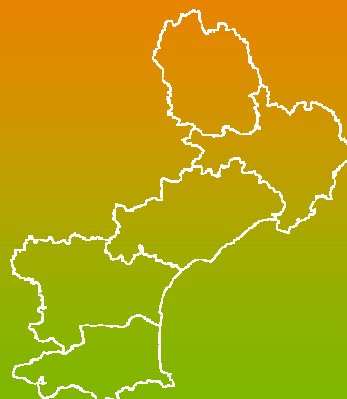


# Schéma régional de la **prévention**

Médico-Social

Prévention

Offre de soins



## Sommaire

### **Annexe I- Méthode**

#### **Annexe II- Diagnostic**

1. Besoins de santé : une synthèse des diagnostics régionaux
2. Ateliers territoriaux : synthèse des traits saillants des territoires, atouts et faiblesses

#### **Annexe III- Les dispositifs spécifiques**

1. CDAG et CIDIST
2. CLAT
3. Centres de vaccination
4. Plateformes de dépistage organisé des cancers
5. Dispositif d'addictologie

#### **Annexe IV – Le panier de service**

## Annexe I – Méthode

**Une méthodologie** à plusieurs entrées et en trois étapes :

□ **1ère ÉTAPE DE CONCEPTION** par une équipe projet intégrant les délégations territoriales et la direction de la stratégie

□ **2ème ÉTAPE DE « DIAGNOSTIC »** : états des lieux et analyses sectorielles en adoptant plusieurs entrées

### 1- Entrée par domaine ou programme de santé

-Un diagnostic régional par domaines conduit par les pilotes de programme :

- PRAPS, périnatalité petite enfance, nutrition santé, sexualité, santé mentale, vaccinations, addictions, VIH et hépatites, cancer, santé environnementale, santé des détenus, santé des seniors.
- pour identifier les ressources mobilisées, caractériser l'expression du problème et les populations concernées par territoires, faire une analyse critique des dispositifs et actions en place, définir les pistes stratégiques et rechercher les leviers

-Diagnostic approfondi au cours d'une journée de travail dans chaque territoire avec la délégation territoriale (DT) de l'ARS et ses partenaires institutionnels (Conseil général, CPAM, Direction départementale de la cohésion sociale, Inspection d'Académie communes, CODES)

### 2- Entrée par territoire à la recherche des dynamiques locales :

- Une analyse par les délégations territoriales des dynamiques à l'œuvre sur leur territoire et des zones « dégamies »
- Analyse confrontée et affinée au cours d'un second atelier par territoire avec la DT, ses partenaires institutionnels et les principaux opérateurs pour rechercher comment déployer les actions sur le territoire en s'appuyant sur les dynamiques.

### 3- Une entrée par populations

Travail conduit en ateliers par le comité technique de la commission de coordination de la prévention en mettant à l'étude : périnatalité petite enfance, adolescents jeunes adultes, seniors, populations rurales, populations en grande exclusion.

**4- Une entrée par dispositif** avec une rencontre régionale des Centres de lutte contre la tuberculose (CLAT), plateformes de dépistage des cancers, centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG) et centres départementaux de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (CIDIST), commission régionale de la politique vaccinale, Commission régionale nutrition santé et Commission régionale de l'alimentation et de l'information nutritionnelle (CRALIN) et s'appuyant sur les recommandations du Comité régional de lutte contre le VIH (COREVIH).

5- L'identification pour chacun des sujets des points particuliers relatifs à la dimension **veille et sécurité sanitaire** en vue d'assurer la cohérence des démarches à conduire.

□ **3ème ÉTAPE DE CONSTRUCTION** : analyse collective de l'ensemble afin d'identifier les enjeux et leviers, c'est-à-dire les outils structurants à positionner dans les schémas, affinée par présentation à la CCP et à la commission spécialisée de la CRSA



## Annexe II – Diagnostic

### 1- Les besoins de santé

Les besoins de santé sont connus de manière globale au niveau régional, particulièrement à travers

- le programme régional de santé publique (PRSP - 2006) et son évaluation (2009),
- le diagnostic partagé pour l'élaboration du Plan Stratégique Régional de Santé (atlas diagnostic, enquête aux maires, concertation avec les conférences de territoire – 2010),
- les ateliers territoriaux pour l'élaboration du Schéma Régional de la Prévention (2011).

La synthèse en est présentée ci-après.

Il est cependant nécessaire d'en affiner les diagnostics par territoire pour permettre d'ajuster les modalités d'intervention aux spécificités

- **Des spécificités territoriales** sont encore trop peu ou mal prises en compte, ainsi
  - Les « bords de Mer » et l'afflux estival de populations nécessitent des interventions en réduction des risques.
  - Les zones « montagneuses » (Pyrénées orientales et Cévennes) induisent des problèmes de transports y compris pour l'accès à la prévention (vaccinations, dépistages) ou au diagnostic rapide (risque infectieux ...)
- **Des spécificités populationnelles** doivent permettre d'ajuster les priorités d'intervention par tranches de vie (éducation à la vie sexuelle et affective) sans pour autant perdre de vue la nécessité d'une continuité de la prévention au cours de la vie (nutrition) ou « d'étapes » de vie (périnatalité, parentalité ).

Nous devons rapprocher et faire évoluer les **bases de données** et les **systèmes d'information** pour servir à une organisation et une gestion territoriales (SIG des besoins et ressources en santé) y compris en ce qui concerne la veille, l'alerte et la gestion de crise dans le champ sanitaire.

## Annexe III – Diagnostic

### SYNTHÈSE DES BESOINS DE SANTÉ IDENTIFIÉS

#### **Prévention des maladies chroniques (particulièrement cancer, AVC, IRC, VIH)**

- Par l'action sur les déterminants environnementaux, l'hygiène alimentaire et l'activité physique, la prévention des consommations nocives et des addictions, la prévention du risque infectieux
- En développant l'éducation thérapeutique et l'accompagnement des conséquences sociales

#### **Adoption de comportements favorables à la santé, dès le plus jeune âge (périnatalité, enfance)**

- La prévention des maladies infectieuses notamment la couverture vaccinale,
- l'hygiène alimentaire et activité physique
- la prévention des addictions (toutes formes de conduites addictives)
- l'éducation affective et sexuelle, l'accès à la contraception et à l'IVG
- la santé mentale- le parcours de vie des personnes handicapées

#### **Agir pour renforcer la sécurité sanitaire**

- Sur l'environnement : qualité de l'habitat, des eaux de consommation, de loisirs
- Sur les risques infectieux, les activités de soins (médicaments)
- Sur la continuité des activités de soins et leur capacité de mobilisation pour faire face à des crises

#### **Avec une prise en compte particulière**

- De la précarité et de ses conséquences, des facteurs aggravant les inégalités sociales de santé,
- Des besoins de dépistage très précoce chez les enfants des troubles de l'apprentissage et des handicaps (particulièrement la surdité)
- Des besoins des adolescents et jeunes adultes en matière d'addictions notamment chez la femme enceinte, de mal être et de souffrance psychique, de violences subies et agies et d'errance
- Des populations vulnérables que sont certains étudiants, les jeunes prématurément sortis du système scolaire, les travailleurs saisonniers, les gens du voyage

#### **Agir sur les milieux et environnements**

- Santé environnementale
- Santé au travail

#### **Améliorer les parcours en santé**

Beaucoup d'observations concernent **les modalités d'intervention**

**La question de la réduction des inégalités de santé s'imprime comme un fil rouge transversal.**



## Annexe III – Diagnostic

### 2- Ateliers territoriaux : synthèse des traits saillants des territoires, atouts et faiblesses

Les deux ateliers tenus dans chaque territoire ont permis de préciser la photographie des ces territoires

- en termes de besoins de santé ressentis ou observés par les partenaires, qui devront être étayés et affinés dans les étapes à venir de construction des programmes, des projets territoriaux et des projets locaux de santé
- en termes d'atouts et de faiblesses , de leviers mobilisables pour une politique de prévention en région

Les traits saillants en sont synthétisés ci-après



### □ Des populations vulnérables

Les traits marquants du territoire, qui nécessitent d'identifier et prendre en compte les besoins spécifiques de populations vulnérabilisées :

- Précarité d'une partie importante de la population : 33 % des enfants vivent dans des familles relevant du RSA
- Parmi la population jeune et même très jeune, difficultés importantes et manque de repères, problèmes de comportements (notés en collèges), conduites d'ivresse et de poly-consommations ou épisodes de crises. Les sorties précoces du système scolaire sont fréquentes.
- Le territoire rural est marqué par la paupérisation de nombre d'agriculteurs et la fréquence des suicides est notée.
- Une attention particulière à avoir vis-à-vis des saisonniers, communautés de gens du voyage sédentarisées ou itinérantes, migrants.
- Un territoire marqué par un fort indice de vieillissement, avec installation d'une population de personnes retraitées vivant souvent dans l'isolement et dans des logements inadaptés sans avoir les ressources nécessaires à leur amélioration.
- La très forte croissance de l'agglomération narbonnaise pose en périphérie un problème d'inadéquation de l'offre de services

### □ Les problèmes de santé observés ou ressentis

- Le surpoids et l'obésité – avec forte prévalence du diabète dans le narbonnais – plus généralement malnutrition ...et dénutrition de personnes âgées
- Prévalence des consommations de tabac, alcool, et globalement des addictions ....
- Souffrance psychique et ses formes d'expression
- Un recours important à l'IVG ... à explorer ... l'accès à la contraception
- Des problèmes d'accès aux droits et aux prises en charge

### □ Espace et environnement

- Les distances et l'isolement pèsent sur les trajets.
- Les distances et l'organisation des transports scolaires présentent des contraintes fortes pour enfants et adolescents
- Des îlots d'habitat ancien dans les centres villes sont marqués par l'insalubrité et le risque de saturnisme
- Des problèmes spécifiques : le passé industriel de la Haute Vallée de l'Aude et l'impact en termes de Sols pollués ainsi que les Sites Seveso

### □ En termes de dispositifs et d'acteurs : des atouts mais une couverture territoriale très inégale

Hors de Carcassonne et Narbonne, des problèmes de déploiement sur tout le territoire concernant les dispositifs de dépistages, de vaccinations, de réduction des risques, d'éducation, les espaces d'accueil et d'écoute.

**Des points forts :**

- En santé mentale portée à l'Est par le CH de Narbonne, à l'Ouest par l'AASM. ASV santé mentale de Narbonne, équipe mobile précarité et santé mentale, Maison des ados démarrant et projet de maison des parents (CUCS).
- Dans le domaine des addictions avec un dispositif conséquent mais dont la couverture territoriale n'est pas en adéquation avec les besoins
- En matière de nutrition santé, impliquant ASV, Ville Epode (Narbonne), réseau, ateliers diabète à Limoux.

**Des atouts :** La richesse en acteurs associatifs .

Mais aussi **des faiblesses** : une répartition géographique très inégalitaire avec

- des zones mal desservies ou de manière très incomplète : Haute vallée de l'Aude, Est audois, Port la Nouvelle,
- des bassins (Castelnaudary, Limoux / Quillan, Lézignan) à dynamique autonome mais difficulté d'accessibilité.
- une bipolarisation Carcassonne / Narbonne avec des inadéquations des dispositifs de prévention et de dépistage au regard des populations et de leurs besoins estimés.
- une fragilité également en termes d'offre de soins de premier recours

**□ Les coordinations : des atouts et des consolidations nécessaires**

- Des dynamiques politique de la ville intégrant la santé (atelier santé ville) à Narbonne, devant s'ouvrir à la santé à Carcassonne.
- En milieu scolaire, des Initiatives d'établissements qu'un partenariat avec l'IA pourrait intégrer dans une programmation concertée
- Le maillage du territoire en périnatalogie (PML, liens entre addictologie et réseau périnatal), petite enfance et Aide et appui à la parentalité
- La couverture du territoire en direction des seniors par la MSA et par le CG, cependant mal repérée par les partenaires
- Par contre une faiblesse de l'accueil structuré des populations marginalisées (accueil de jour, accueil d'urgence etc...)

**□ Des dynamiques à l'œuvre**

➤ **Groupes de travail** autour de la Délégation Territoriale (nutrition, addictions, sexualité, santé des jeunes, périnatalité enfance, PRAPS) et un partenariat étroit CODES / DT

➤ **Des dynamiques de bassin** : CUCS de Narbonne, MOUS habitat de Lézignan, observatoire de la précarité animé par les élus à Castelnaudary, atelier santé ville (ASV ) de Narbonne, dynamique impulsée par le CCAS de Quillan ... et des projets de dynamiques de contrat local de santé à Narbonne et à Carcassonne

➤ **Des articulations santé/social possibles** autour des maisons pluri professionnelles ou adossées aux hôpitaux locaux (Lézignan)

### □ **Territoire et populations**

Une croissance de la population avec l'arrivée de populations âgées et de populations souvent en difficultés économiques et sociales  
La part de la population âgée augmente particulièrement dans certains territoires (ex nord alésien)  
Une fragilité socio-économique liée au sous emploi, avec 6 territoires CUCS, et un nombre élevé de familles monoparentales  
Un habitat social insuffisant, un fort poids de l'habitat indigne.  
Le poids des violences : violence routière avec un taux élevé d'accidents de la route et délinquance

### □ **Les problèmes de santé identifiés**

- Alcool et drogues de consommation banalisée y compris chez les très jeunes, marquant les événements festifs et avec le risque routier,
- Un poids important du VIH et des hépatites, de la contamination hétérosexuelle et des risques liés aux drogues.
- Un taux de couverture vaccinale notablement bas , y compris pour des vaccinations obligatoires (78 % ROR, 90 % DTP, 5% HB)
- Le cancer 1ère cause mortalité, avec un recours au dépistage insuffisant
- Un taux élevé d'IVG en 2009, important chez les mineures (2013 dont 6.3 % mineurs,)
- Une prévalence du surpoids, de l'obésité variables selon les groupes d'âge et catégories socio-professionnelles
- Les problèmes d'isolement des seniors
- Question transversale de souffrance psychique, avec une articulation psychiatrie institutionnelle et acteurs de 1ère ligne défaillante
- Question de l'accès aux soins des plus démunis, sans couverture sociale ou en rupture de droits, et retard aux soins aggravé par la précarité

### □ **Espace et environnement**

- Des risques naturels importants (inondations )
- Une ressource en eau de consommation à protéger pour l'agglomération de Nîmes, difficile à protéger dans les Cévennes
- Des zones de sites et sols pollués notamment en lien avec le passé industriel et minier du territoire
- Les maladies vectorielles – arboviroses et West Nile – émergentes ou ré émergentes liées aux moustiques

### □ **Une problématique à anticiper**

- **Professions médicales et paramédicales** : une offre importante mais inégalement répartie, avec un vieillissement de la profession médicale (
- **L'articulation des politiques publiques** : Elle mériterait d'être améliorée entre les acteurs institutionnels : services de l'Etat, Conseil Général, Conseil régional, caisses pour plus de cohérence et une meilleure couverture des besoins et des territoires.

#### □ Dispositifs et acteurs

- Opérateurs de prévention nombreux et répartis sur le territoire, une tradition de partenariat, des savoir faire. Les thèmes les plus traités : addictions, VIH/VHC, sexualité, PRAPS, vaccination, cancer. Actions plus dispersées sur : nutrition santé, seniors, santé mentale.
- Maillage fort plus institutionnel sur périnatalité et petite enfance entre Réseau naître en LR, le CG, l'addictologie
- Des points forts : réactivité, implantation à partir des besoins, organisation en réseau (Reseda à Alès) et ASV à Vauvert et Bagnols
- Mais des points faibles :
  - une certaine dispersion et une absence de continuité de l'éducation de la santé depuis le plus jeune âge
  - une liaison entre acteurs de la prévention, du soin, du médico-social insuffisante induisant des ruptures dans les parcours de santé

#### □ Des bassins de vie et/ou d'action aux dynamiques diverses

- ❖ Le **Grand Alès** : bassin marqué par le poids de populations âgées et fragiles, une précarité très importante, une mortalité élevée dans les cantons du nord et une offre de santé moins diversifiée. Une dynamique de projet de santé globale, participative, structurée en réseau, s'étendant au pays, et un premier contrat local de santé signé.
- ❖ Le **Vigan** : bassin en désertification avec une population âgée importante, de faibles revenus, un taux de décès important (accidents/trauma) et une démographie des professionnels de santé en baisse. Le CSAPA du Vigan Inter Aide est au cœur d'une dynamique dans le champ de la prévention et de la prise en charge en addictologie avec les acteurs du territoire.
- ❖ Le **Gard Rhodanien** : territoire homogène à la population plus jeune et plus dense, avec des zones de précarité dans une situation économique favorable. Mais des zones peu couvertes en dispositifs et acteurs de prévention, autour de bagnols où une dynamique locale existe coordonnée dans l'ASV rassemblant les acteurs associatifs et du soin.
- ❖ **Nîmes** : à la croissance démographique élevée avec une population jeune, une précarité importante et les quartiers CUCS (Pissevin) mais où la politique de la ville n'a pas encore suscité une dynamique en matière de santé, malgré une présence historique et active de structures dans le champ des prises en charge addicto, dépistage, réduction des risques.
- ❖ Des territoires moins identifiés en termes de dynamiques
  - **La petite camargue** : des atouts en termes d'intervenants (en addictologie, réduction des risques notamment) mais des problèmes d'accessibilité pour le reste, où émerge une dynamique locale autour de Vauvert, de son ASV, portée par les élus locaux
  - **Sommières** où une dynamique se crée autour du CCAS, des problèmes de nutrition, d'addictions et de précarité, mais qui reste excentrée pour beaucoup de dispositifs.

### □ Populations

Un territoire marqué par

- Une très forte croissance démographique (solde migratoire)
- Le poids des personnes âgées et du vieillissement, mais aussi des moins de 20 ans. Le territoire au plus fort taux de natalité de la région.
- Une précarité marquée dans les villes mais aussi l'arrière pays. Des populations quittant l'agglomération pour la périphérie pour des motifs économiques. Des écarts socio-économiques très marqués.
- Un fort flux de demandeurs d'asile et de migrants primo-arrivants
- Un territoire « de passage », traversé par les « routards », souvent jeunes ou très jeunes et/ou en errance.
- Où la population des personnes détenues est importante (Maison d'arrêt de Villeneuve les M et centre de détention de Béziers)

□ **Des problèmes de santé** qui se démarquent peu de la photographie régionale, avec particulièrement

- La plus forte mortalité infantile régionale et un fort taux de grande prématurité.
- Une forte prévalence du surpoids et de l'obésité, avec des écarts mesurés entre zones CUCS et autres zones. Là encore plus généralement malnutrition...et dénutrition chez les personnes âgées
- Une surmortalité par maladies cardio-vasculaires
- Un poids particulier du VIH, des IST, des addictions et des hépatites.
- Les difficultés des jeunes (15-25 ans). Alcoolisation, poly consommations, crises, suicides, violences.
- Les problèmes de santé des populations précaires, dont les difficultés d'accès aux droits mais aussi aux soins, et la souffrance psychique

### □ Espace et environnement

- Un espace dominé par la métropole montpelliéraine
- des bassins de vie : Béziers et arrière pays (Bédarieux, St Pons), pays de Thau, Lodève et cœur d'Hérault, communes de la côte, Lunellois, Pic St Loup et vallée de l'Hérault jusqu'aux Cévennes.
- des îlots d'habitat indigne et insalubre dans les centres anciens (un pôle interministériel de l'HI) – saturnisme identifié à Béziers ; le radon à explorer dans le Lodévois
- une eau de consommation à protéger particulièrement pour l'agglomération de Montpellier, fragilisée par l'urbanisation et les risques de pollutions
- certaines zones de sites et sols pollués
- les maladies vectorielles – arboviroses et West Nile – émergentes ou ré émergentes liées aux moustiques

### □ Des bassins qui apparaissent déficitaires

- **Hauts cantons et Pays cœur d'Hérault** : bassins à forte précarité, chômage, « alertes » quant aux problèmes des 15-25 ans : bassins ruraux avec les problématiques économiques et psychosociales de la population agricole ; accueillant aussi des populations marginales, aux mode de vie alternatif et problèmes spécifiques (dont réduction des risques)

- **Pays de Thau** où sont repérées des difficultés d'accès au dépistage des IST (pas de CIDIST), avec une réduction des risques peu déployée, un accès à l'IVG non « sécurisé », mais qui a comme atouts un CH porteur de dynamiques et des associations précarité dynamiques et structurantes



### □ En termes de dispositifs et d'acteurs

Le territoire a une grande richesse d'acteurs mais certains ont une action plus régionale que territorialisée dans l'Hérault. Ressortent :

- une concentration des équipements et intervenants sur l'agglomération capitale
- une inégale implantation laissant des zones « blanches » très mal couvertes (Bédarieux, Cévennes avec un problème d'accessibilité et de transports), des zones où tous les besoins ne sont pas couverts ( Pays cœur d'Hérault, Lunellois), et des zones où la cohérence de couverture n'est pas lisible (bassin de Thau).

Il est couvert par un bon maillage de dispositifs structurants en périnatalité (PMI), réseau Naître et grandir, articulé avec le dispositif addictions, aide à la parentalité (notamment le REAPP), en direction des jeunes ((MLI et PEJ).

Se posent cependant des problèmes d'accessibilité à des dispositifs de prévention médicalisée, les faiblesses repérées étant

- concernant les dépistages VIH, IST et hépatites, l'absence d'actions hors les murs des CIDDIST/CDAG de Montpellier
- l'absence de cohérence de couverture territoriale pour les vaccinations, avec intervention non coordonnée du SCHS de Béziers, du pôle santé de Montpellier, des Agences départementales de la Solidarité
- les difficultés d'accès à l'IVG, mais aussi à la contraception (notamment Pays Cœur d'Hérault et Bédarieux)

En matière d'addictions, un réseau de structures, conséquent mais relativement concentré sur l'agglomération, ne couvrant pas le territoire, avec une faiblesse de la réduction des risques, souvent mal accessible..

### □ En termes de coordinations

- Des dynamiques fortes : dynamiques locales (le Bittérois, Pays cœur d'Hérault), dynamiques de réseaux (en matière de VIH, IST et hépatites)
- Action concertée en matière d'éducation psycho-affective et sexuelle entre EN, CG, associations, couvrant le territoire et impliquant équipes de santé scolaire.
- Action concertée nutrition santé portée par la PMI en direction des crèches et des écoles. 5 villes Epode, mais comme presque partout problème de lien entre repérage et prise en charge .
- Par contre concernant détenus et sortants de prison un dispositif insuffisamment concerté pour une population très importante.
- De même une carence de coordination à l'échelle du territoire se fait sentir, de même qu'à l'échelle de l'agglomération.

### □ Des dynamiques territorialisées à l'œuvre

- Dynamique concertée sur le Bittérois, démarche de santé communautaire, projet de santé globale, autour de la commune et de la politique de la ville , concernant l'ensemble des acteurs de la santé et du social. Démarche Contrat local de santé.
- Le Lunellois autour de l'espace santé,
- Des dynamiques de communes : projets santé émergents portés par Grabels, Prades, Maugeo, Lattes en périphérie de l'agglomération Montpelliéraine., et coopérations entre les communes de la côte (Palavas – la Grande motte) à partir de addictions.
- Concernant l'agglomération montpelliéraine, en l'absence d'atelier santé ville, les points d'appui sont l'
  - La dynamique des zones CUCS, au niveau des quartiers (Paillade, Petit Bard ...) reposant sur le réseau des acteurs associatifs et l'animation politique de la ville ;
  - la dynamique portée par le réseau santé précarité

### □ Une population avec des traits spécifiques à prendre en compte

- Une population âgée (21% de plus de 65 ans), Dispersion dans des communes de petite taille, avec une vétusté fréquente de l'habitat.
- En territoire cévenol, une population en recherche de projet de vie alternatif et des difficultés
  - en termes d'accessibilité : importance des durées de transport, peu de premier recours accessible
  - du fait d'options de vie (refus des vaccinations ...) et de choix pour les enfants (rejet des interventions en éducation à la santé...)
- Importance de l'enseignement privé (pas de santé scolaire) et des internats accueillant une importante population de jeunes hors département ayant des problèmes spécifiques d'accès à la contraception, ou développant consommation d'alcool ou ivresses aiguës)
- Importance de la population handicapée accueillie en établissements (jeunes et adultes).

### □ Les problèmes de santé observés ou perçus

- Cancer
- surpoids et obésité – particulièrement chez les femmes - plus généralement malnutrition ...et dénutrition des personnes âgées
- Surmortalité par maladies cardio-vasculaires
- Tabac, alcool, addictions .... Expérimentations précoces de cannabis, alcool, ivresses chez les mineurs . Problème massif d'alcool en général. Une population d'usagers de drogues.
- Souffrance psychique et ses formes d'expression... dépression chez les personnes âgées
- Le recours croissant à l'IVG, l'accès difficile à la contraception
- L'accès aux droits ..., aux prises en charge des personnes précaires
- En direction des lycées importance et urgence des programmes d'accès à la contraception, de prévention des conduites à risque et de prise en charge / réduction des risques de l'alcoolisation massive

### □ Espace et environnement

Il est marqué par les distances et temps de transport – leur impact sur les trajets scolaires  
L'habitat pose des problèmes

- de vétuste (18 à 35% d'habitat indigne selon secteurs)
- d'exposition au radon (% du département concerné )
- de fréquence des intoxications oxycarbonées
- et souvent d'inadaptation pour les personnes âgées

L'eau de consommation pose une problématique spécifique d'anomalies bactériologiques et toxiques, non ou difficilement corrigibles.  
Enfin une veille est nécessaire quant aux bactéries cyanogènes dans les eaux de loisir.

### □ En termes de dispositifs et d'acteurs :

#### **Des bassins**

- Une organisation rayonnant à partir d'un centre (Mende) avec les bassins de Saint Chély, Marvejols, Florac, Langogne dotés de centres hospitaliers, de CMP et de permanences psychosociales de l'ANPAA.
- Le CH de Mende étant le « point d'ancrage » avec CDAG / CIDIST, PASS, IVG, psychiatrie / santé mentale (réseau RADIAL)

#### **Des problèmes d'accès liés à la spécificité du territoire**

- à l'IVG et à la contraception : problème économique et de confidentialité (distance entre le lieu de recours et de résidence)
- à la prévention réduction des risques
- à une prise en charge de l'obésité du fait de la faiblesse ou absence de réseau professionnel

#### **Mais aussi des carences**

- Faiblesse du dispositif de premier recours, les professionnels de l'ambulatoire, les spécialistes (gynéco et pédiatres).
- Pas de prise en charge possible par nutritionniste, diététicienne.
- Un centre de vaccination (CH Mende) insuffisamment étoffé pour être « repéré »
- Une carence de réseau de CPEF
- Aucun appartement de coordination thérapeutique (ACT), ni lit halte soin santé LHSS)

### □ Une animation territoriale ancienne de réseau d'acteurs

#### **Une coopération interinstitutionnelle développée :**

Avec une animation par la DT ARS et un CODES très actif et partenaire et par une coordination ARS / Education Nationale / PMI / CODES, « noyau structurant et pilote »

#### **Un territoire avec des réseaux d'acteurs parfaitement coordonnés.**

- Sur tous les grands sujets de l'éducation à la santé coordination entre MPPF, EN, CG et CODES, développée aussi en direction des jeunes handicapés (nutrition santé, notamment activité physique, sexualité, compétences psycho-sociales)
- Réseau addictologie autour de l'ANPAA, médiateur santé, des présences sur le territoire à étayer.
- Réseau santé précarité, avec la PASS et les associations précarité
- Dynamique en réseau de santé mentale, avec le Pôle IA de Meyrues, les CMP, le réseau Radial, la coordination avec les associations d'insertion.
- Pour les seniors, un lien à faire avec la MSA, un plan piloté par la Préfecture



## Traits saillants de diagnostic - Pyrénées Orientales - 1

### Annexe III – Diagnostic

#### Populations

Une forte croissance de la population, avec l'arrivée de familles. L'indice de vieillissement est élevé ; beaucoup de personnes retraitées viennent s'installer, sont isolées, importance des ruptures de logement, de la population hébergée et des sans logis.

Des vulnérabilités ou des difficultés des personnes ou de populations à prendre :

- L'importance de la précarité et de la pauvreté, notamment à Perpignan, dans le Conflent et le Fenouillèdes.
- La Communauté sédentarisée des gens du voyage et l'importance des personnes migrantes
- Une forte population de travailleurs saisonniers.
- Une population de jeunes et très jeunes pour lesquels les intervenants notent déstructuration, manque de repères, problèmes de comportement et sorties précoces du système scolaire. Ivresses, poly consommation, cocaïne concernent y compris les très jeunes

#### Les problèmes de santé observés ou perçus

Le surpoids et l'obésité – plus généralement la malnutrition et dénutrition des personnes âgées

Tabac, alcool, addictions ....

Souffrance psychique et ses formes d'expression... dépression chez les personnes âgées

Le recours à l'IVG ... à explorer ... l'accès à la contraception

#### Le problème général de l'accès est pointé comme une difficulté

- ✓ à l'IVG et à la contraception (problématique économique et de la confidentialité)
- ✓ à une éducation à la santé cohérente et suivie en milieu scolaire et extrascolaire
- ✓ à la qualité alimentaire (10% de la population dépend de l'aide alimentaire)
- ✓ à un logement décent
- ✓ aux droits, aux soins

#### Espace et environnement

Distances et conséquences sur les temps de trajets scolaires et sur l'accessibilité sont pointées

Très forts problèmes d'habitat, ancien, insalubre (centres villes avec le risque notamment de saturnisme), inadapté pour les personnes âgées.

## Traits saillants de diagnostic - Pyrénées Orientales - 2

### Annexe III – Diagnostic

#### □ Territoire et acteurs

Territoire riche en acteurs, particulièrement au niveau de la ville de Perpignan et des quartiers CUCS, dans les bassins de Prades, Céret, Cerdagne Capcir . Mais dont certains bassins de vie rencontrent des difficultés :

- parce qu'ils sont mal couverts dans les Albères, le Fenouillèdes, et le Haut Vallespir.
- Parce qu'ils sont éloignés (Cerdagne, Capcir) ou mal desservis (Albères).

Le dispositif de premier recours, professionnels de soins ambulatoire, est au niveau de ces mêmes zones soit déficitaire, soit très vulnérable.

#### □ Des atouts et leviers

- Un maillage du territoire sur lequel s'appuyer : PIJ, PAEJ, REAPP ... mais une faiblesse en matière de MLI
- Un conseil local en santé mentale, intégrant le travail avec l'ASV et une dynamique communautaire,
- Un dispositif étoffé concernant addictions et réduction des risques
- Un centre hospitalier psychiatrique très ouvert sur les secteurs et un centre hospitalier général où la culture de la santé publique se développe.

#### □ Animation, coordinations, dynamiques autour des réseaux d'acteurs

##### ❖ Une animation territoriale ancienne

- par la délégation territoriale, avec un CODES très actif et partenaire.
- par la DT coordonnée avec le CG notamment à travers la définition de bassins de vie autour de la petite enfance (le Haut Vallespir étant la seule blanche)

##### ❖ Des plans, programmes, collectifs couvrant le territoire

- Réseau santé des jeunes (plan santé des jeunes) – PIJ, PAEJ – collectif associatif visant à couvrir tout le territoire
- Plan départemental addictions – conventions entre animateurs référents et établissements scolaires
- Sexualité contraception VIH et IST : même dynamique
- En train de se monter sur nutrition santé

##### ❖ Des dynamiques communautaires

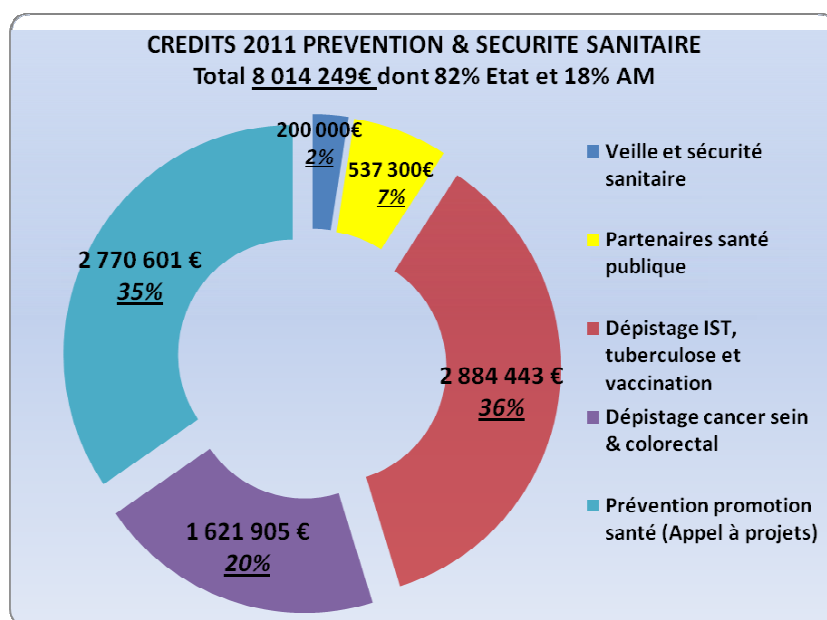
A travers l'ASV de la ville de Perpignan

Les dynamiques sont plus portées par les collectifs associatifs que par les collectivités locales.



## Annexe III – Diagnostic

## Synthèse régionale du diagnostic



## Annexe III – Les dispositifs de prévention spécifiques

## Politique de dépistage du VIH, des infections sexuellement transmissibles (IST), des hépatites<sup>9,19</sup> La place des centres départementaux d'information et de dépistage des IST (CIDIST) et consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)

### □ Points saillants du diagnostic régional et enjeux

- Une bonne couverture territoriale d'ensemble, quelques points faibles

9 CIDIST et 10 CDAG : un CDAG et un CIDIST sont associés à l'exception de Sète (CDAG hospitalier)

34/ **Montpellier Béziers (CDAG CIDIST gérés par le CG)** - 30/ **Alès, Bagnols (CDAG CIDIST hospitaliers)** et Nîmes (DAG CIDIST CARM) - 11/ **Carcassonne et Narbonne (CDAG CIDIST hospitaliers)** - 48/ **Mende (CDAG CIDIST hospit)** - 66 **Perpignan (CIDIST hospit, CDAG CG)**

En termes de couverture du territoire : point faible du bassin de Thau (Sète, Agde)

- Une activité importante

- 40 000 consultations annuelles, 20 000 personnes venues pour conseil, consultation ou dépistage, 18 888 dépistées (55% d'hommes et 11% de mineurs particulièrement à Bagnols, 29% - à Narbonne, 14% - à Mende, 16%)

- Une importante activité pour le VIH, le VHB et le VHC, qui a permis de dépister de nombreuses séropositivités en augmentation pour le VIH et le VHC. Pour le VIH 2,4 tests+ /1000 soit le double de l'estimation faite pour les laboratoires de la région (1,2 source INVS).

- Confirmation de la forte croissance des IST (syphilis et gonococcies), de la forte prévalence des Chlamydioses et de l'intérêt de proposer un dépistage en CDAG CIDIST aux hommes à partir de 30 ans et aux femmes à partir de 25 ans.

- Une diversification des intervention à soutenir

Augmentation des actions hors les murs à Perpignan, Carcassonne, Nîmes, Sète, insuffisantes cependant notamment dans l'Hérault. Développement d'antennes ... mais des problèmes d'amplitude d'ouverture

### □ Orientations stratégiques (nationales, régionales)

Dépister et traiter précocement l'infection à VIH dans une stratégie de prévention combinée :

- proposition de dépistage à toute la population, intensification du dépistage en direction des publics les plus exposés, (UDIV, HSH, migrants des zones à forte prévalence, personnes prostituées) introduisant le dépistage associatif par Tests Rapides d'Orientation Diagnostic (TROD) -

- pour permettre une prise en charge précoce

- et développer la prévention combinée (alliant la palette des outils)

Développer les actions hors les murs, l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostic (TROD), faire connaître le dispositif.

Dépister et favoriser accès aux traitements des porteurs d'hépatites (environ la moitié des personnes atteintes le savent), la vaccination contre l'Hépatite B des usagers de drogues

Systématiser le dépistage du chlamydia à la population consultant (H > 30 ans et F > 25 ans)

## □ Objectifs et organisation territoriale cible

### Consolider le dispositif et développer l'activité

- en améliorant les coordinations CDAG CIDDIST là où elles sont faibles
- en étoffant la couverture du pays de Thau (Sète Agde) par rapport à l'activité CIDDIST
- en soutenant les actions hors les murs et les coopérations avec le réseau associatif pour permettre l'accès aux TROD
  - En direction de publics vulnérables au risque, coopération avec les structures et associations spécifiques, notamment CSAPA et CAARUD
  - En direction de territoires découverts : équipes mobiles et/ou participation au panier de service de proximité

**Favoriser et soutenir** le développement des coopérations, entre structures, avec d'autres dispositifs y compris sous forme de pôles.

### Favoriser l'accessibilité du dispositif

Notamment pour les mineurs, les migrants  
Et pour accéder au traitement post exposition

### Valoriser son rôle d'animation du tissu environnant

Formations, animation du tissu social, médico-social et sanitaire  
En particulier vis-à-vis des professionnels libéraux

### Organiser les formations et le partage d'expérience

#### Travailler avec les conseils des Ordres et les URPS

Les nouvelles orientations de la politique de dépistage du VIH nécessitent de mobiliser les médecins libéraux particulièrement quant à la proposition de dépistage à toute la population une fois dans la vie mais aussi parce qu'ils sont en première ligne pour les diagnostics précoces (primo-infections) ou les propositions de dépistage répété aux personnes les plus concernées.

Ils sont de même des intervenants clés pour les propositions de dépistage de l'hépatite C, de l'hépatite B aux personnes vulnérables, notamment celles venant de pays à forte endémie, les propositions de vaccination contre le VHB aux personnes vivant avec des personnes atteintes.

Ils ont enfin un rôle à jouer pour favoriser le dépistage des chlamydioses chez les jeunes adultes, femmes et hommes de leur patientèle, dès lors qu'ils ont eu au moins un partenaire sexuel.

## Politique régionale de la vaccination La place des centres de vaccinations

### □ Points saillants du diagnostic régional et enjeux

• **Une couverture vaccinale insuffisante** globalement dans la région, qui favorise le développement d'épidémies de maladies infectieuses évitables, comme l'illustre l'importante épidémie de rougeole en 2010-2011.

• Existence de **disparités** de couverture vaccinale importante d'un territoire à l'autre possiblement en lien avec les particularités géographiques et sociologiques régionales (zone littorale versus arrière-pays), mais à documenter

#### • Les dispositifs / acteurs existants :

- Les professions médicales et les infirmières sur prescription médicale
- Les centres de vaccination : du fait de la recentralisation, les centres ont débuté leur activité en 2007, exceptés ceux gérés par le Conseil Général de l'Hérault qui en a gardé la compétence.

- 8 entités juridiques, avec 9 lieux de vaccination : 11/ Narbonne et Carcassonne – 30/ Alès et Nîmes – 48/ Mende – 66/ Perpignan – 34/ le CG a délégué les activités vaccinales aux trois SCHS de Montpellier, Béziers, Sète (qui fonctionnait a minima et a depuis cessé ses activités.)
- Un cahier des charges régional définissant les missions de ces centres
- Des ouvertures très variables de quelques heures (2h) à 40 h par semaine. Une organisation intégrée avec CDAG CIDDIST au CH de Perpignan. Des difficultés à Mende liées au recrutement de temps médical et à la dimension.
- Un principe de mobilité des équipes inégalement mis en œuvre, essentiellement dans les Pyrénées Orientales, la Lozère et le Gard
- Des partenariats entre Education Nationale et centres de vaccination en cours de construction dans 2 départements (Gard et Pyrénées-Orientales)
- Des conseils généraux et l'Education Nationale davantage mobilisés sur la surveillance de la couverture vaccinale des enfants de 0 à 16 ans.

### □ Orientations stratégiques (nationales, régionales)

« **Atteindre et maintenir une bonne couverture vaccinale** » par la définition et l'impulsion d'une réelle politique vaccinale régionale.

Les priorités en termes de vaccinations : au-delà des vaccinations obligatoires, sont **le ROR, le BCG et l'hépatite B**.

La commission régionale de la politique vaccinale souligne la nécessité de travailler dans une approche globale de promotion de la santé impliquant maternités et réseau de la périnatalité (aval et amont) – Conseils généraux et PMI – Education nationale – dispositif de premier recours (médecins, pédiatres, sages femmes, etc...) – milieu du travail - Communes et politiques de quartiers – dispositifs spécialisés (centres de vaccination, ...) – pôle de compétence en éducation à la santé – associations etc ....

Renforcer le caractère intersectoriel des politiques de santé en intégrant la vaccination dans les actions conduites, notamment avec

- le milieu de travail, dont les secteurs de la petite enfance, des établissements sanitaires et médico-sociaux;
- le secteur hospitalier
- la politique périnatale et de la petite enfance
- les politiques de lutte contre les addictions et de prévention des cancers (vaccinations VHB, mais aussi HPV)



### □ Objectifs et organisation territoriale cible

- Elaborer un **programme permettant de mettre en œuvre la politique vaccinale en région et d'atteindre l'objectif fixé** comprenant notamment :
  - La poursuite du développement et du rapprochement **des systèmes d'information** sur le sujet
  - la réflexion sur les **missions** et le **positionnement des centres de vaccination** en terme d'animation et de relai de la politique vaccinale **par territoire de santé.**
  - La communication en direction des professionnels de santé et des usagers afin de les remobiliser
  - Le renforcement des **liens** entre les partenaires : Education Nationale, conseils généraux, Services communaux d'hygiène et de santé, centres de vaccination dans une approche territorialisée
  
- Conforter la place de la **Commission Régionale de la Vaccination comme instance d'animation** de la politique vaccinale régionale
  
- Accompagner les évolutions particulières du dispositif selon les territoires de santé:
  - Dans l'Hérault : repenser les conditions de mise en œuvre de la vaccination sur le territoire (activité placée sous la responsabilité du Conseil Général) et l'animation territoriale du réseau des acteurs
  - Dans l'Aude : créer un pôle de référence unique par une coopération forte entre les centres de vaccination hospitaliers de Narbonne et Carcassonne
  - En Lozère: mettre au travail les scénarii de pôle interdépartemental de l'Est avec le Gard et/ou de « pôle départemental de l'infectiologie » (CDAG / CIDIST, CLAT, CV) au centre hospitalier
  - Dans les Pyrénées orientales : stabiliser l'organisation intégrée avec CDAG et CIDIST
  
- mobiliser les professionnels du soin à travers les URPS et Conseil des Ordres



## Lutte contre la tuberculose La place des Centres de lutte antituberculeux

### □ Points saillants du diagnostic régional et enjeux

Chargés de la lutte contre la tuberculose dans ses aspects de prévention, dépistage, suivi et traitements, les CLAT assurent les enquêtes dans l'entourage des cas, le suivi médical des personnes atteintes et la délivrance des médicaments antituberculeux (observance), la réalisation d'actions de prévention primaire, notamment ciblées pour des groupes à risques et la réalisation d'actions ciblées de dépistage. Ils concourent à la vaccination par le BCG dans certaines indications avec la tenue à jour d'un registre et développent des partenariats nécessaires à la lutte contre la tuberculose dans le département et à la prise charge des personnes atteintes.

9 CLAT, hospitaliers (Alès, Bagnols et Nîmes, Béziers et Montpellier, Narbonne et Carcassonne, Mende, Perpignan)

Un développement très inégal de l'activité hors les murs (plan de dépistage et d'interventions ciblées en direction des personnes vulnérables)

Un périmétrage à finaliser de l'activité enquête traitement

Une réflexion nécessaire sur les axes d'intervention communs sur le dépistage

Une action à développer sur la vaccination par le BCG des nourrissons avec PMI, centres de vaccinations, et réseau périnatal

En termes d'organisation :

- une question de masse critique, insuffisante en Lozère, et des évolutions vers des mutualisations ou coopérations y compris en inter départementalité (Carcassonne et Narbonne, Alès et Bagnols)
- une question de service de rattachement et de création de pôles d'activité intégratifs : pôle CDAG CIDIST, CLAT, Centres de vaccination envisagé à Bagnols, Alès, Perpignan
- un investissement variable des missions de santé publique, déficientes à Nîmes

### □ Orientations stratégiques (nationales, régionales)

Développer une activité de dépistage ciblée auprès des publics les plus à risque.

Identifier les personnes présentant un risque accru de développer une tuberculose et élaborer des référentiels d'intervention.

### □ Objectifs et organisation territoriale cible

- **Accompagner l'évolution du dispositif** vers des pôles intégrant l'activité de CLAT à d'autres activités. Stabiliser cette organisation dans les PO, la mettre à l'étude en Lozère (et dans le Gard (Bagnols), l'envisager dans l'Aude
- **Renforcer les coopérations** entre CLAT, dans chaque territoire permettant notamment de définir une stratégie de couverture cohérente du territoire
- **Equiper les CLAT** La réalisation des missions réclame de disposer d'un camion équipé en matériel radiographique, afin d'aller au plus près des publics à risque, comme l'a démontré l'expérimentation menée à Perpignan.

## Politique de dépistage des cancers

### La place des structures de gestion des dépistages organisés des cancers

#### □ Points saillants du diagnostic régional et enjeux

Les programmes nationaux de dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) et du cancer colorectal (DOCCR) sont mis en œuvre au niveau territorial par des structures de gestion départementales ou inter départementales.

La couverture territoriale est structurellement assurée pour ces 2 dépistages par 3 structures de gestion départementales (Aude, Hérault et Pyrénées-Orientales) et une inter-départementale (Gard et Lozère) et pour le DOCCR, 1 laboratoire agréé régional pour la lecture de l'Hémocult\* situé à Montpellier.

Toutefois, la participation de la population de la tranche d'âge concernée (50 à 74 ans) est variable :

- entre les 2 dépistages : meilleur pour le cancer du sein que pour le cancer colorectal (antériorité du dispositif, et acceptabilité du test de dépistage); néanmoins, il reste marqué par une part non négligeable du dépistage individuel, qui fait perdre le bénéfice de la seconde lecture.
- entre les territoires de santé, surtout pour le DOCCR, où le taux de participation varie de 19 à 41%, pour une moyenne régionale à 28% et nationale à 34% ).
- en infra territorial : le diagnostic doit être affiné sur les zones à faible taux de participation afin d'y déployer des stratégies ciblées

Les limites au déploiement de ces dépistages organisés sont:

- le fait que les populations en situation de grande précarité ne bénéficie pas de stratégies ciblées;
- le fait que les populations qui n'ont pas de droits ouverts ou qui ne sont pas à jour de leurs droits, échappent au dispositif;
- le fait que l'adhésion des professionnels de santé (médecins généralistes, gastro-entérologues, radiologues et gynécologues) à sa mise en œuvre doit progresser. Ceci est une condition sine qua non à la participation des usagers à ces programmes.
- Un point particulier est soulevé en Lozère : pour le DOCS, problème d'accessibilité à la mammographie avec un seul centre de radiologie agréé, en difficulté de fonctionnement pour des raisons de démographie médicale.

#### □ Orientations stratégiques et objectifs développement

Affiner l'identification des publics ou cantons ayant un taux de participation plus faible que la moyenne

Améliorer le dépistage de masse dans les deux cas, avec des stratégies d'action à cibler différemment :

- **Améliorer les taux de participation** aux dépistages organisés, en soutenant les actions de communication des structures de gestion vis-à-vis du public et des professionnels de santé : objectifs CPOM ARS-LR (DOCS: 65,5% et DOCCR: 45% en 2013)
- **Veiller à l'accès au dépistage** de tous les publics de la tranche d'âge concernés, y compris des personnes vulnérables ou privées de liberté ou de droits: lien PRAPS, Santé mentale, santé des détenus, santé des personnes handicapées...; Mettre au travail des stratégies adaptées en lien avec les acteurs de la précarité, tant pour le dépistage que pour les suites de la prise en charge;

Remobiliser les médecins libéraux

## Politique de lutte contre les addictions, la place des centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie – CSAPA- et des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogue - CAARUD

### □ L'état des lieux de l'équipement médico-social en addictologie

#### ➤ 19 CSAPA

- Des agglomérations concentrent les structures (10/19) : Carcassonne – Narbonne – Nîmes – Montpellier – Perpignan
- Les moyens sont « dispersés » sur le territoire : 32 antennes ouvertes en majorité de 2 à 4h par semaine
- La couverture territoriale n'est pas assurée : des zones blanches ou mal couvertes dans tous les territoires

#### ➤ 8 CAARUD

- - Aucune structure en Lozère
- Malgré le déploiement d'équipes mobiles et d'équipes de rues, une couverture du territoire non assurée.
- Mise en place de réseaux de pharmaciens dans les PO et le Gard.
- Une évolution des populations, pratiques, localisation qui nécessite évaluation des besoins et adaptation de la réponse

#### ➤ 3 associations de prévention

Elles assument les missions de CSAPA et/ou de CAARUD sur leurs territoires sans être intégrées au dispositif médico-social (Bagnols/C, Vauvert, périphérie de l'agglomération montpelliéraine)

#### ➤ Les zones blanches ou mal couvertes

- **Aude** Haute vallée de l'Aude, Est Audois (Lézignan Corbières) Port La Nouvelle
- **Gard** Beaucaire / Saint Gilles / Aigues Martes, Nord ouest du département (Bagnols, ), Nord du département, les Cévennes
- **Hérault** - Zones blanches : Bassin de Thau, Le Lunellois, Nord Est du 34 (Pic saint Loup, Cévennes, Sumène)  
- Zones fragiles : Haut Languedoc (Bédarieux St Pons), Pays cœur d'Hérault (Clermont, Lodève)
- **Lozère** Zone blanche des Cévennes  
Zones très fragiles : Langogne, St Chély, Marvejols, Florac
- **P O** Nécessité de portage fort de la réduction des risques par le CSAPA  
Les Albères , le Fenouillèdes, le Pays Cerdan

#### ➤ Un dispositif qui participe aux actions de prévention

En règle générale en milieu scolaire

Selon les territoires en milieu d'apprentissage ou d'insertion

Mais également en milieu festif ou dans les quartiers politique de la ville, en coordination alors avec les autres associations

#### ➤ Un dispositif qui est en charge de la prévention des risques et des dommages

Vis-à-vis des personnes ayant des consommations nocives ou des conduites d'addictions : la réduction des risques (sociaux, somatiques, infectieux, psychologiques ...)

### □ Les points de criticité identifiés

#### En matière de prévention

Plus d'actions ciblant l'information et privilégiant l'approche produit que d'éducation pour la santé. Un manque d'inscription dans la durée.

Un soutien à la parentalité à inscrire dans la durée, y compris à l'enfance, ainsi que les actions d'éducation pour la santé (développement psychoaffectif, estime de soi, acquisition de compétences psychosociales) santé à chaque âge de la vie et dans les lieux de vie (l'école, le sport)

Une éducation aux risques (responsabilisation, choix, réduction des risques, connaissance et utilisation des recours) à systématiser, en intégrant le milieu festif (de la fête votive aux raves parties), le milieu sportif, (la compétition, le contact avec dopage et produits), les lieux et circonstances à risques et à forte vulnérabilisation (temps de ruptures, métiers, stress ...) et « La route »

#### Une faiblesse de repérage et de prise en charge précoce

-des troubles des conduites, des conduites à risque, des vulnérabilités (jeux dangereux, conduites alimentaires)des enfants  
- des troubles de la relation parents / enfants  
- des premières consommation

**La nécessité de redéfinir et recentrer le rôle des équipes des CSAPA en ce qui concerne la prévention**, en fonction de leurs compétences effectives dans le cadre de projets locaux cohérents et coordonnés

**Un dispositif de réduction des risques (RDR)** insuffisant en couverture territoriale, concerté dans les seuls PO et Gard, avec difficulté d'accès géographique (Cévennes) ou grande exclusion

**Pas de réponse aux besoins des « routards »**, population souvent jeune en grande errance et exclusion, particulièrement concentrée à Montpellier, lieu de passage.

#### Des coordinations qui demandent à être renforcées et généralisées

- avec CDAG et CIDIST, centres de vaccination, hépatologues  
- entre réseau périnatalité, acteurs de l'addictologie et acteurs de premier recours (médecins, gynéco, sages femmes...)  
- avec les PAEJ, MLI et maisons des adolescents

La faiblesse d'implication des médecins généralistes d'une manière générale, pose problème notamment pour le repérage précoce et une prise en charge rapide (RPPR)

