

I. LE SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION

SOMMAIRE

INTRODUCTION – LA PLACE DU SCHÉMA DANS SON ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL	34
1. La place du schéma régional de prévention dans le PRS	35
2. Les enjeux communs à l'ensemble des schémas d'organisation du système de santé	35
3. Les sujets transversaux à l'ensemble des schémas	37
PRÉSENTATION DU SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION	37
1. Le cadre de référence	37
2. La prévention dans le PSRS	38
3. Les liens avec les programmes du PRS	39
4. La méthodologie	39
5. Le champ du volet PPS, transversal à l'ensemble des thématiques du PRS	39
6. Le champ du volet VAGUSAN	42
VOLET PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ	43
1. Les ressources régionales	43
2. L'organisation territoriale de la prévention et de la promotion de la santé en Bretagne	60
3. Leviers et outils disponibles pour une évolution favorable de l'offre en région	63
4. Les orientations et les objectifs pour l'offre de PPS en Bretagne	68
5. Le plan d'action global au volet PPS	76
6. Actions thématiques prioritaires	81
LE VOLET VEILLE, ALERTE ET GESTION DES URGENCES SANITAIRES DU SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION (VAGUSAN)	114
1. Les principaux éléments de diagnostic	114
2. Conclusion sur le diagnostic	124
3. Leviers et outils	125
4. Orientations	126
5. Plan d'actions	127

●● INTRODUCTION : LA PLACE DU SCHÉMA DANS SON ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL

1. LA PLACE DU SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION DANS LE PRS

Clé de voûte de la politique de l'ARS, le Projet Régional de Santé (PRS) est un ensemble coordonné qui unifie les différentes démarches agissant en faveur de la santé. Tout en restant un outil de planification évolutif, le PRS constitue un cadre stable puisqu'il sera établi pour 5 ans.

Du niveau stratégique au niveau opérationnel, le PRS est constitué de trois éléments élaborés successivement : Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), les schémas (Schéma Régional d'Organisation des soins, Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale, Schéma Régional de la Prévention), les programmes qui précisent certaines modalités spécifiques d'application des schémas dont un programme relatif à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine, conformément à l'article L.1434-2 du CSP⁽¹⁾.

L'ARS, instance régionale de pilotage du système de santé, est chargée de définir et mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions régionaux, concourant à la réalisation des objectifs de la politique nationale de santé et à l'amélioration de la santé des Bretons.

Le Schéma Régional de Prévention (SRP) dresse les orientations de l'ARS en matière d'organisation de la prévention, de la promotion de la santé, de la veille et la sécurité sanitaires pour les 5 ans à venir en cohérence avec les priorités du PSRS.

2. LES ENJEUX COMMUNS À L'ENSEMBLE DES SCHÉMAS D'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

2.1 L'ATTEINTE DES PRIORITÉS ET OBJECTIFS DU PSRS DANS LE RESPECT DE L'ONDAM

Les propositions portées par le SRP sont guidées par des orientations nationales spécifiques et par les priorités et objectifs régionaux présentés dans le PSRS. Ces propositions prennent en compte un contexte financier contraint. L'utilisation du Fonds d'intervention régional (FIR) contribuera à l'application du principe de fongibilité asymétrique en faveur de la prévention et promotion de la santé.»

2.2 LE DÉCLOISONNEMENT

L'inclusion du SRP dans le PRS implique que ce schéma soit élaboré en cohérence avec les deux autres schémas régionaux relatifs à l'offre de soins et à l'organisation médico-sociale.

Le décroisement est un véritable enjeu qui, au-delà de la trajectoire de soins, s'étend au parcours de santé.

Art. L1434-2 - Le projet régional de santé est constitué :

1° D'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région;

2° De schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale;

3° De programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine. La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé tels que définis à l'article L. 1434-17. Le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

2.3 LA CONCERTATION AVEC LES ACTEURS DU SYSTÈME DE SANTÉ ET LA PRISE EN COMPTE DU DROIT DES USAGERS

2.3.1 La concertation :

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), mise en place par la loi HPST, est un organe essentiel à la démocratie sanitaire et s'inscrit dans la nouvelle gouvernance du système de santé dans la mesure où :

- elle est le lieu qui rassemble l'expression de la communauté des acteurs en santé, y compris ceux du secteur médico-social et de la prévention ;
- elle constitue une voie privilégiée pour recueillir les aspirations et les besoins de la population en matière de santé, favoriser l'appropriation collective des enjeux de santé par les acteurs et améliorer ainsi la qualité du futur projet régional de santé sur une période pluriannuelle.

Les instances de la Démocratie Sanitaire mises en place par la loi sont appelées à se prononcer (proposition ou avis) sur ce document. C'est en particulier le cas de la Commission Spécialisée de la prévention (instance de la CRSA), de la Commission de coordination des politiques publiques dans les domaines de la prévention, de la protection maternelle et infantile, de la santé scolaire et de la santé au travail et des Conférences de Territoire⁽²⁾.

2.3.2 La prise en compte des droits des usagers

Si la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 a permis de faire de l'information de la personne malade le fondement de la relation de confiance entre elle-même et le praticien, la loi HPST renforce la représentation des usagers au sein d'instances de la démocratie sanitaire de l'ARS et au sein des instances dans les établissements (Commissions d'activité libérales, Conseils de surveillance des établissements, Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge...).

Représentés dans ces différentes instances et associés aux problématiques de l'offre de soins de premier recours dans le cadre notamment des IPC, les représentants des usagers concourent à la construction de la politique régionale et territoriale de santé.

Par ailleurs, la loi HPST du 21 juillet 2009 confère aux nouvelles conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) la mission de procéder chaque année à « l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge » (art. L 1432-4 CSP).

2.4 LA PROMOTION D'UNE APPROCHE TERRITORIALE

Il convient de rechercher et favoriser le niveau territorial le plus pertinent pour chaque type d'activités, d'actions, d'organisation, notamment au moyen des Contrats Locaux de Santé (CLS) qui comprendront systématiquement un volet prévention et promotion de la santé.

2.5 LA PRÉVENTION DES RISQUES SANITAIRES ET L'EXIGENCE ACCRUE DE QUALITÉ DES SOINS

En s'appuyant sur les plans et protocoles nationaux, il s'agit de disposer sur le territoire régional d'un réseau de veille et d'alerte sanitaire réactif, s'appuyant notamment sur des systèmes de surveillance de l'environnement et des risques infectieux performants. Ce réseau permet la mise en œuvre d'actions de prévention et de promotion de la santé, visant à limiter l'impact des risques observés.

Par ailleurs, le principe de qualité est un principe fondateur des différents schémas, la qualité des soins et la sécurité des usagers font partie intégrante des missions de base et des obligations des établissements de santé et médicosociaux. Cela se traduit, notamment, par des politiques d'incitation au respect des normes et référentiels de soins, à la meilleure utilisation du médicament, à la lutte contre la douleur et contre les infections liées aux soins.

(2) Article L1434-3 Code de la Santé Publique, Article R1434-1, Article D1432-32, Article L1432-4, Article L1434-17, Art.D. 1432-4., Article D1432-9; Article L4031-3; Art.R. 4031-2, Article L1432-3, Article R.1434-2, Article R1434-5, Article L1434-12, Art.D. 1432-5; Art.D. 1432-10; Article R1434-6; Art.D. 1432-9; Art.R. 4031-2; Article R.1434-7; Article R.1434-13;

3. LES SUJETS TRANSVERSAUX À L'ENSEMBLE DES SCHÉMAS

Bien que chacun des trois schémas constitue un document spécifique centré sur des enjeux et des leviers qui lui est propre, l'ARS Bretagne a choisi d'aborder de manière décloisonnée certains sujets nécessitant une coordination en terme de parcours de santé : Handicap et vieillissement ; Périnatalité et enfance, Maladies chroniques, Santé mentale, Addictions, Santé précarité. Cette approche rejoint en cela les objectifs nationaux dans ces domaines stratégiques.

PRÉSENTATION DU SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION (SRP)

1. LE CADRE DE RÉFÉRENCE

L'enjeu principal du SRP consiste à avoir une vision géographique et prospective de l'organisation des services et des actions, des coopérations et financements dans les champs de la prévention, de la promotion de la santé et de la veille, de l'alerte et de la gestion des urgences sanitaires. Il vise à positionner les bons acteurs aux bons endroits, à identifier les leviers d'action ou de soutien aux actions dont ils disposent, ainsi que leurs domaines d'intervention, leurs forces et leurs faiblesses, leurs interdépendances... Le SRP cherche également améliorer la qualité et l'efficacité des actions par une professionnalisation du travail de prévention et une meilleure articulation avec les autres schémas et politiques portées par l'Etat, l'Assurance Maladie ou les collectivités⁽³⁾.

L'article R1434-3 du code de la santé publique précise le contenu du schéma.

Le schéma régional de prévention **met en œuvre le plan stratégique régional. Il comporte :**

- **1° Des actions, médicales ou non, concourant à :**
 - a) La promotion de la santé de l'ensemble de la population ;
 - b) La prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques chez des personnes exposées, y compris les actions de vaccination et de dépistage ;
 - c) La prévention au bénéfice des patients et de leur entourage, notamment l'éducation thérapeutique ;
- **2° Une organisation des activités de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires**, en lien avec les autorités, les services ministériels et les agences nationales compétentes ;
- **3° Des orientations permettant d'améliorer, dans chaque territoire de santé, l'offre de services** dans le domaine de la prévention individuelle et collective ;
- **4° Les modalités du développement des métiers et des formations** nécessaires à l'amélioration de la qualité des actions de prévention ;
- **5° Les modalités de coopération des acteurs** de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de la prévention.

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

Le schéma régional de prévention permet :

- de développer une approche intersectorielle et interministérielle
- de valoriser l'action des opérateurs
- de favoriser le continuum entre prévention soins et accompagnement
- d'améliorer la qualité des interventions

Il organise l'offre en prévention sous ses deux aspects : prévention et promotion de la santé (PPS) et **veille alerte et gestion des urgences sanitaires (VAGUSAN)** et définit des cadres de fonctionnement et d'intervention partagés, qui pourront ensuite trouver une déclinaison au sein de programmes thématiques. Il comporte deux volets.

⁽³⁾ Guide méthodologique national de la Direction Générale de la santé

2. LA PRÉVENTION DANS LE PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL DE SANTÉ DE BRETAGNE

Le PSRS définit 3 priorités de santé pour la région :

- 1/ Prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie ;
- 2/ Améliorer l'accompagnement du handicap, de la perte d'autonomie, des dépendances et du vieillissement ;
- 3/ Favoriser l'accès à des soins de qualité.

Le champ de la prévention est plus particulièrement concerné par la priorité 1. Néanmoins, la prévention et la promotion de la santé ont aussi vocation à contribuer aux 2 autres priorités et, de la même manière, les schémas d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale contribuent plus ou moins fortement à l'atteinte de chacune des 3 priorités.

L'ARS affirme sa volonté de mettre la prévention et promotion de la santé au cœur de son action. À ce titre, elle s'engage à favoriser la fongibilité des enveloppes au profit des interventions de prévention et promotion de la santé.

La définition d'objectifs et de sous-objectifs s'appuie sur les problématiques identifiées dans la région et notamment pour la priorité 1, sur l'état de santé de la population et ses déterminants de santé⁽⁴⁾, dont les principaux constats sont les suivants :

- **Des indicateurs de santé défavorables** par rapport au niveau national avec des problématiques bretonnes spécifiques concernant : les comportements à risques, la santé mentale et le suicide ;
- **Des inégalités en santé à infléchir** avec une attention particulière à porter à l'ouest du territoire ;
- **Un vieillissement démographique impliquant de nouveaux besoins** en santé et une adaptation de l'offre en santé, d'autant plus qu'il concerne également les professionnels de santé ;
- **Une adéquation de l'offre aux besoins en santé à optimiser** : des densités ou taux d'équipement moyens globalement satisfaisants mais qui ne masquent pas des tensions infra-régionales ;
- **Des filières et parcours à fluidifier**, des transversalités à améliorer.

Ces constats ont conduit à la définition d'objectifs et sous objectifs pour répondre à la première priorité : « Prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie ». Ils sont présentés dans le tableau ci-dessous.

OBJECTIFS	SOUS-OBJECTIFS
Promouvoir des comportements favorables à la santé tout au long de la vie	• Promouvoir des comportements favorables à la santé en matière de nutrition et d'activité physique • Prévenir les conduites addictives • Prévenir les comportements suicidaires • Promouvoir les dépistages des maladies à forte incidence ou fort retentissement psycho-social • Dépister précocement le handicap • Favoriser les politiques vaccinales • Promouvoir l'accompagnement et éducation thérapeutique du patient
Promouvoir l'égalité devant la santé	• Réduire les inégalités territoriales de santé • Promouvoir la santé auprès des publics les plus fragiles, en particulier les publics précaires
Prévenir l'exposition de la population aux facteurs de risques environnementaux	• Réduire les risques environnementaux à la source • Construire une culture santé avec les Bretons • Améliorer les connaissances de l'impact de l'environnement sur la santé des Bretons • Réduire les inégalités santé environnement
Assurer la veille et la sécurité sanitaires sur le territoire breton	• Dynamiser le système de veille et d'alertes sanitaires et assurer une mise en œuvre réactive des mesures de préventions nécessaires • Se préparer à faire face aux crises sanitaires

(4) Les résultats sont présentés dans l'étude « Etat de santé de la population en Bretagne », réalisée par l'ORSB en septembre 2010

3. LES LIENS AVEC LES PROGRAMMES DU PRS

Les schémas et les programmes régionaux déclinent les objectifs du PSRS. Les programmes mettent en œuvre pour partie les schémas. Ainsi, il n'existe pas de programme adossé de manière exclusive au SRP mais les programmes régionaux à élaborer (PRAPS, PRSE, programmes territoriaux) prévoient des actions liées à l'organisation de la prévention.

Le PRAPS (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins)

Le PRAPS permet la mise en œuvre opérationnelle des objectifs du PSRS et des schémas sectoriels. À ce titre, il s'appuie largement sur le Diagnostic réalisé pour l'élaboration du PSRS et affiné au moment de la rédaction des schémas. Le PRAPS vise à être un des maillons entre l'accès aux droits communs et aux droits spécifiques des populations les plus vulnérables.

Le PRSE (Programme Régional Santé Environnement)

Le PRSE, porté conjointement par le Préfet de région, le Président du conseil régional et le Directeur général de l'ARS, vise à améliorer la santé et la qualité de vie de la population, en agissant sur les déterminants liés à l'environnement physique / matériel.

Les Programmes territoriaux de santé

S'il est possible de caractériser l'état de santé des Bretons de façon générale, les territoires comportent des caractéristiques propres en matière d'état de santé de la population ou d'offre en santé.

De ce fait les programmes territoriaux doivent permettre, en cohérence avec le PSRS et les schémas, de définir des priorités de santé pour un territoire. Ces priorités devront viser le maximum de transversalité afin de faciliter la prise en charge et l'accompagnement des patients et usagers.

4. MÉTHODOLOGIE

Pour élaborer ce schéma, l'ARS s'est appuyée principalement sur le guide méthodologique du schéma régional de prévention élaboré par la Direction générale de la santé et le document « La veille et l'alerte sanitaire en France » de l'Institut de veille sanitaire ainsi que sur des instances professionnelles de concertation (IPC) associant des experts et usagers de la région concernés par chaque volet du SRP.

Il s'appuie par ailleurs sur l'expérience acquise lors de l'élaboration du Plan régional de santé publique (2006-2010) et sur l'évaluation qui en a été faite.

Il fait référence à la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (OMS 1986).

Le SRP comprend 2 volets :

- un volet Prévention et Promotion de la santé ;
- un volet Veille, Alerte et Gestion des Urgences Sanitaires (VAGUSAN).

5. LE CHAMP DU VOLET PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ, TRANSVERSAL À L'ENSEMBLE DES THÉMATIQUES DU PRS

Le SRP est transversal aux diverses thématiques et populations, il propose des stratégies et méthodes de développement de la qualité de la prévention et de la promotion de la santé en Bretagne.

La référence à la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (OMS, 1986) permet de mieux cibler l'ensemble des actions entrant dans le champ du schéma de prévention.

Selon cette charte, la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. On peut aussi dire que c'est un processus qui permet aux individus de mieux maîtriser les déterminants de leur santé et leur multi causalité.

I. LE SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

Les déterminants sur lesquels on peut agir sont de plusieurs ordres :

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

Dahlgren et Whitehead représentent ces déterminants sous la forme d'une roue les faisant apparaître de façon concentrique :



La promotion de la santé intervient sur l'ensemble des domaines qui influent sur cette capacité des populations : politique, social, économique, culturel, environnemental et biologique. « L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé ».

À des fins d'efficacité, l'intervention en promotion de la santé doit s'appuyer sur 5 domaines d'actions prioritaires énoncés dans la Charte d'Ottawa :

- **l'action au niveau politique**, afin que soient élaborées des politiques publiques favorables à la santé ;
- **l'intervention sur le milieu de vie**, l'environnement concret, quotidien afin de créer des milieux favorables à la santé, mais aussi sur l'environnement social de façon à ce qu'il favorise l'empowerment, c'est-à-dire la capacité des populations à agir sur leurs conditions de vie ;
- **l'implication des institutions** afin de réorienter les services de santé au-delà de la prestation de soins pour une prise en compte globale de l'individu et de la collectivité ;
- **le renforcement de la démocratie sanitaire et de l'action communautaire** en favorisant la participation des citoyens et des usagers du système de soins aux processus décisionnels qui les concernent afin de leur donner la possibilité de devenir des acteurs d'une évolution sociale favorable à la santé ;
- **le développement des aptitudes personnelles** afin de permettre aux personnes d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et celle de la collectivité.

En effet, chacun d'eux :

- contribue à un niveau différent aux objectifs de santé en agissant sur des déterminants de la santé spécifiques : réglementation, conditions de vie, services auprès de la population... ;
- mobilise des acteurs différents pour comprendre, décider et agir : population, décideur politique, institution, acteur de terrain...

Dans le schéma, on distinguera les grandes catégories d'intervention suivantes (issues du guide méthodologique) :

5.1 LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Au sein de la promotion de la santé, on différencie la dimension sociale et politique de l'éducation pour la santé afin de mieux identifier les acteurs et les leviers impliqués.

5.1.1 La dimension sociale et politique de la promotion de la santé

Ses activités visent à :

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

Il s'agit donc d'une approche écologique et systémique qui vise à agir sur la qualité et les conditions de vie, de travail, sur l'accès aux produits, aux infrastructures et aux services essentiels.

L'action sur les déterminants de santé relève pour partie de l'action de nombreuses institutions partenaires de l'ARS (PMI, santé scolaire, santé au travail...). Elle utilise des méthodes d'intervention fondées sur la participation des personnes et des groupes, sur l'implication des communautés et sur la mobilisation des ressources présentes sur chaque territoire. Elle justifie donc une action de plaidoyer auprès des acteurs hors du champ en ce qui concerne les déterminants sociaux et environnementaux. (Guide DGS).

5.1.2 L'éducation pour la santé

L'éducation pour la santé comprend toutes les activités visant intentionnellement l'accroissement des connaissances en matière de santé et le développement d'aptitudes influençant positivement la santé des individus et des groupes. Elle inclut non seulement la communication d'informations, mais aussi le développement de la motivation, des compétences et de la confiance en soi nécessaires pour s'impliquer dans les quatre autres domaines d'actions prioritaires de la promotion de la santé (Glossaire de promotion de la santé, OMS).

Les informations à s'approprier concernent les conditions sociales, économiques et environnementales de base qui ont des effets sur la santé, ainsi que les différents facteurs de risque et comportements à risque et l'utilisation du système de santé.

Le développement des aptitudes s'appuie sur des méthodes pédagogiques favorisant une approche positive et globale de la santé, la mobilisation des ressources des personnes et des groupes et leur participation active. C'est l'approche intégrée de l'information dans une démarche d'accompagnement adaptée basée sur le développement des aptitudes, qui permet aux personnes et aux groupes d'agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. Inversement, l'action sur ces derniers conditionne les possibilités d'exercice des aptitudes individuelles développées par l'éducation pour la santé.

5.2 LA PRÉVENTION SÉLECTIVE

On distinguera la prévention sélective et la prévention médicalisée.

La prévention sélective s'adresse à un sous-groupe de population exposé à des risques spécifiques. La nature du risque et les circonstances d'exposition doivent être définies. La finalité est une meilleure santé qui passe par la prévention, la réduction ou la meilleure gestion d'un certain nombre de risques bien identifiées et susceptibles d'altérer la santé. À titre d'illustration on citera la prévention des risques en milieux festifs, la prévention des risques sexuels liés à certains comportements, la réduction des risques chez les usagers de drogues. Les acteurs de la prévention sélective se doivent de maîtriser tant les méthodes reconnues en promotion et en éducation pour la santé que les connaissances liées à la fois à un problème de santé, à la nature du risque dont ce problème est à l'origine et à la sociologie des populations qui y sont exposées.

La prévention médicalisée couvre le champ du dépistage (des maladies infectieuses, du cancer, des facteurs de risque...) et des actes cliniques de prévention type vaccination.

Cette prévention médicalisée s'effectue :

- soit dans le cadre du dialogue singulier « malade – médecin » et de la consultation individuelle ;
- soit dans le cadre de programmes identifiés avec une organisation spécifique sur une base nationale ou régionale dépistage du cancer avec les ADEC, programme MT Dents... ;
- soit avec l'appui de dispositifs couvrant un champ spécialisé (CSAPA pour la toxicomanie, CDAG – CIDDIST pour les IST) ou un champ plus généraliste (certains CDAS, centres de santé...).

5.3 LA PRÉVENTION AU BÉNÉFICE DES PATIENTS ET DE LEUR ENTOURAGE

Elle prend en compte les questions spécifiques liées aux pathologies dont les patients sont atteints, en tant que déterminants de leur qualité de vie, de leur bien-être social, mental, physique.

L'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prise en charge globale du patient et doit être couplée aux soins. Elle participe à l'amélioration de la santé du patient et à l'amélioration de sa qualité de vie et à celle de ses proches.

Elle s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé.

Elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences d'auto-soins et d'adaptation.

Par ailleurs, le développement et l'exercice des aptitudes développées chez les patients sont favorisés par des politiques et un environnement de vie.

Il convient de distinguer les programmes d'éducation thérapeutique des dispositifs d'accompagnement de la maladie chronique : postures éducatives, actions d'accompagnement, programmes d'apprentissage.

La prévention au bénéfice des patients c'est aussi la conduite d'une politique de prévention et de gestion des risques liée aux soins et à la prise en charge, incluant tant les systèmes de signalement et de surveillance des événements indésirables que l'amélioration des pratiques professionnelles et répondant aux principes généraux des processus d'amélioration de la qualité.

6. LE CHAMP DU VOLET VEILLE, ALERTE ET GESTION DES URGENCES SANITAIRES

Ce volet relatif à la veille, l'alerte et la gestion des urgences sanitaires s'inscrit dans un contexte historique et juridique structurant progressivement le dispositif de veille sanitaire.

La loi de santé publique du 9 août 2004 précise les missions de l'Institut de veille sanitaire (InVS) créé en 1998, elle redéfinit les modalités de signalement des maladies à déclaration obligatoire et fixe le principe de signalement sans délai des menaces imminentes pour la santé de la population et des situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave semble constituée (art L. 1413-15 du code de la santé publique).

La loi HPST du 21 juillet 2009 identifie le niveau régional comme échelon de droit commun pour mettre en œuvre les politiques publiques de santé et piloter leur adaptation sur le territoire. L'article L. 1431-2 du CSP confie aux ARS la responsabilité d'organiser la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, le recueil et le traitement des signalements d'événements sanitaires.

Enfin l'entrée en vigueur le 15 juin 2007 du règlement sanitaire international adopté le 23 mai 2005 impose des obligations aux états signataires pour éviter la propagation internationale des maladies pouvant constituer une menace dans le monde entier ou mettre en place des mesures d'urgences de santé publique devant des pollutions étendues chimiques ou nucléaires.

L'émergence de nouveaux risques sanitaires infectieux ou environnementaux et de risques d'attentat a amené à développer des systèmes et des outils de détection précoce.

Le VAGUSAN s'appuie sur un cadre conceptuel (en annexe) élaboré en référence aux guides de la direction générale de la santé et de l'Institut de veille sanitaire Il a été établi à partir des priorités et des recommandations du ministère chargé de la santé dans ce domaine, du plan stratégique régional de santé de la région Bretagne élaboré par l'ARS. Il s'appuie sur l'expérience acquise dans les administrations antérieures à l'ARS compétentes dans ce domaine (DDASS et DRASS) et sur les nombreuses structures et professionnels qui participent depuis toujours à la veille et à la sécurité sanitaires en Bretagne.

6.1 LE PÉRIMÈTRE DU VAGUSAN

Le volet VAGUSAN comprend deux champs voisins qui ont pour même objet de répondre aux besoins de protection et de prise en charge rapide efficace et durable de la population, l'un relatif aux situations de menaces ou d'alertes sanitaires quelle que soit son origine (en particulier infectieuse ou toxique ou encore environnementale), l'autre aux situations d'urgence sanitaires avec crise sanitaire (afflux de victimes...).

Le périmètre du champ du VAGUSAN s'étend en partie sur le champ de la prévention et promotion de la santé du SRP ainsi que sur le champ de l'organisation des soins.

Le VAGUSAN concerne aussi le schéma régional d'organisation médicosociale car les établissements médicosociaux sont des collectivités rassemblant des personnes fragiles et donc plus à même d'être atteintes par des épidémies (notamment les infections respiratoires et les gastroentérites aiguës), des toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) ou des infections liées aux soins.

6.2 LE CONTENU DU VAGUSAN

À partir des besoins de la population, il organise les ressources existantes dans le champ de l'observation et de la surveillance épidémiologique, du signalement et de la réception des événements, de l'évaluation de la menace, de la gestion des alertes et des urgences, de l'anticipation des crises par la préparation de plans de sécurité sanitaire et préconise les renforcements et coopérations nécessaires s'il y a lieu pour mieux répondre aux exigences de qualité de sécurité et d'accessibilité.

Il comprend des actions de prévention soit pour éviter le risque soit pour prévenir les effets secondaires liés au risque. La promotion de la santé contribue à responsabiliser la population vis-à-vis des risques pouvant porter atteinte à la santé.

Il s'articule avec le schéma régional d'organisation des soins en faisant appel aux établissements de santé comme aux professionnels de santé libéraux notamment dans le cadre du signalement des événements, de la gestion des urgences sanitaires et des prises en charge de patients en cas de crise sanitaire.

Le VAGUSAN prend en compte des plans et programmes nationaux déclinés au niveau régional et en particulier sur les risques infectieux : plan d'élimination de la rougeole et de rubéole congénitale en France, programme de lutte contre la tuberculose en France, programme national de prévention des infections nosocomiales et plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins par exemple, ou sur la santé environnementale : plan national santé environnement décliné en plan régional santé environnement.

Il utilise des termes et des concepts propres à la veille et la sécurité sanitaire nécessaire à connaître pour faciliter le partage d'information sur l'observation, la surveillance, l'évaluation des situations et la gestion des alertes sanitaires. Un glossaire VAGUSAN est consultable en annexe 2 de ce schéma.

VOLET PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

1. LES RESSOURCES RÉGIONALES

1.1 LES ACTEURS DE LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN BRETAGNE

1.1.1 Les acteurs institutionnels de la prévention et promotion de la santé

- **L'agence régionale de santé**

L'ARS a pour mission d'assurer un pilotage unifié de la santé en région, de mieux répondre aux besoins et d'accroître l'efficacité du système. L'ARS est effet compétente sur la prévention et la santé publique, la veille et sécurité sanitaire, l'offre de soins et l'accompagnement médico-social.

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

Au-delà de l'ARS, de nombreux autres acteurs contribuent à la promotion de la santé, de manière plus ou moins directe, traduisant la nécessité d'inclure la santé dans l'ensemble des politiques.

• Les autres services Etat ou organismes exerçant une mission de service public

Les autres services de l'Etat interviennent dans un très grand nombre de domaines, soit au travers de financement, soit au travers de la mise en œuvre de politiques comportant un volet prévention :

- la santé scolaire et universitaire : intervention des services universitaires de médecine préventive, du Rectorat (notamment les services de promotion de la santé en faveur des élèves), des Inspections d'Académie, de la direction diocésaine de l'enseignement catholique, qui s'appuient sur les établissements d'enseignement dans le cadre des orientations académiques, au travers notamment des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté ;
- la santé au travail : intervention de la DIRECCTE, qui s'appuie sur un certain nombre d'organismes de prévention réunis au sein du comité régional de prévention des risques professionnels chargé d'élaborer le plan régional santé travail (PRST) : médecins du travail, Assurance Maladie, branches professionnelles, ex : organisme professionnel de prévention du BTP (OPPBT), les comités d'hygiène et de sécurité (CHSCT), l'association régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT)... ;
- jeunesse et sports / cohésion sociale : intervention de la DRJSCS et des DDI en charge de la cohésion sociale (DDCS ou DDCSPP), qui s'appuient notamment sur les associations de jeunesse et sports et d'insertion sociale ;
- l'environnement : intervention au niveau régional de la DREAL, de par notamment ses missions en matière de prévention des pollutions et des risques (air, sols pollués...) et au niveau départemental intervention des DDT ;
- l'alimentation et l'agriculture : intervention de la DRAAF, qui pilote la politique de l'offre alimentaire et de réduction de l'usage des pesticides (Ecophyto) et au niveau départemental des DDPP et des DDT ; les objectifs poursuivis d'offrir une alimentation saine et équilibrée comportent des liens étroits avec la santé environnementale et la nutrition.

Il existe parfois un dispositif interministériel formalisé (ex : comité de lutte contre les algues vertes, missions interservices de l'eau ou de sécurité alimentaire, pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne...). Pour les addictions, l'ensemble des services déconcentrés de l'Etat et les partenaires de chaque département (établissements de santé, associations, élus...) sont coordonnés par le Préfet dans le cadre de la Mission Interministérielle de lutte contre les Drogues et Toxicomanies.

L'Assurance Maladie (CPAM, MSA, RSI, CARSAT) et les mutuelles concourent également fortement au financement et à la mise en œuvre de politiques de prévention (acquisition d'aptitudes individuelles en matière de santé, programmes personnalisés de prévention, ateliers de santé, information, orientation, accompagnement...). L'Assurance Maladie intervient plus particulièrement sur le dépistage des cancers, la prévention bucco-dentaire, la prévention cardiovasculaire et le diabète, la vaccination contre la grippe et la prévention à destination des personnes âgées. Ces thèmes sont développés dans le cadre de programmes nationaux de l'Assurance Maladie, intégrés au programme pluriannuel régional de gestion de risque, lui-même étant un programme transversal du PRS.

L'intervention des organismes de l'Assurance Maladie ne se limite pas au financement de programmes. Elle dispose également de services d'intervention (ou de professionnels) à même de conduire des actions de promotions de santé auprès de ses différents publics d'assurés sociaux. Les centres d'examen de santé (au nombre de 5 dans la région) sont également à prendre en compte en tant qu'acteurs du dépistage.

Enfin, on peut citer les organismes de formation (Universités, EHESP, Instituts de formation...) qui concourent à la professionnalisation des acteurs dans le domaine de la promotion de la santé.

• Les collectivités

Un très grand nombre de collectivités entreprennent des actions de santé publique, même lorsqu'elles n'ont pas de compétences propres en la matière :

- le conseil régional intervient avec l'ARS dans le co-financement d'actions via l'appel à projets régional annuel (addiction, prévention du suicide), ainsi que sur le dispositif d'animation territoriale de santé. Il co-pilote également le programme régional santé environnement avec l'ARS et la préfecture et développe des actions dans ses domaines de compétences propres : formation professionnelle, apprentissage, lycées... ;
- les conseils généraux jouent un rôle majeur auprès des enfants, des jeunes et des mères, au travers de la protection maternelle et infantile et de la gestion des collégiés. Au sein des programmes départementaux d'insertion, ils peuvent également être porteurs d'actions envers les personnes en difficulté sociale ou économique. Leurs compétences dans le champ du handicap et des personnes âgées en font des acteurs incontournables pour ces publics. Enfin, certains conseils généraux gèrent des centres de vaccination ;
- les pays sont également des acteurs de la promotion de la santé, au travers notamment des animateurs territoriaux de santé ;
- les communes, les centres communaux d'action sociale et les établissements publics de coopération intercommunale développent

ou financent des actions de promotion de la santé, notamment au travers d'un certain nombre de politiques publiques ayant un lien avec la santé : développement durable, ville (ex : contrats urbains de cohésion sociale, ateliers santé-ville...), transports, éducation (ex : restauration des écoliers), culture, emploi, logement, hygiène et salubrité des milieux (ex : 7 services communaux d'hygiène et de santé en Bretagne, qui mènent des actions pour le compte de l'Etat). Certaines communes sont également réunies au sein de réseaux leur offrant une labellisation ; elles organisent des actions de proximité volontaristes auprès de la population :

- actions généralistes de promotion de la santé pour le réseau des villes-santé OMS (5 villes labellisées en Bretagne : Rennes, St Brieuc, Quimper, Lorient, Brest)
- nutrition et prévention de l'obésité chez l'enfant pour les villes actives PNNS (14 villes ou EPCI labellisées en Bretagne), ou ville EPODE (ex : Vitré)

1.1.2 Les opérateurs de la prévention et promotion de la santé

• Une diversité d'opérateurs

Compte tenu de la diversité des acteurs dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé, des répertoires ou des annuaires sont régulièrement élaborés, afin de faciliter la connaissance et l'identification des opérateurs. Ces documents souvent très appréciés par les professionnels peuvent avoir des portes d'entrée soit territoriale soit thématique soit les deux.

En effet, l'exhaustivité de la connaissance de l'offre dans ce secteur se heurte à la multiplicité et à la diversité des acteurs, dont la prévention et la promotion de la santé peuvent être l'activité principale ou être associée à d'autres modes d'interventions.

On distingue :

- **les animateurs en éducation pour la santé** : leur mission est d'animer des séances collectives auprès de publics spécifiques sur des questions de santé, dans une perspective de prévention ;
- **les acteurs relais en éducation pour la santé** : ces professionnels ou bénévoles interviennent sur des questions de prévention auprès de leur public dans le cadre de leur mission de soin, d'insertion sociale ou professionnelle, ou de leur mission éducative ;
- **les spécialistes de la prévention thématique** : il s'agit
 - d'intervenants apportant des éléments de connaissances et de compréhension sur les causes et les conséquences de comportements défavorables à la santé et sur les comportements préventifs ;
 - d'intervenants favorisant la mobilisation sociale de communautés confrontées à des risques spécifiques pour favoriser la transformation sociale, l'évolution des contextes et des conditions de vie ;
- **les spécialistes de la promotion de la santé** : qui assurent la coordination de projets territoriaux intersectoriels visant notamment l'action sur les déterminants de la santé, l'accompagnement des institutions et des acteurs vers des changements de pratiques et des changements organisationnels dans un objectif commun d'amélioration de la santé et de la qualité de vie de la population.

Cette offre repose sur des acteurs et des projets répartis sur l'ensemble des départements de la région. Néanmoins, selon les thèmes et selon les territoires, une insuffisance de l'offre est ressentie par les acteurs de terrain, mais elle est actuellement difficile à objectiver, compte-tenu de l'absence d'un système d'information adapté à ce secteur permettant d'identifier et localiser les actions.

Par ailleurs, ce foisonnement de l'offre, source de dynamisme et de richesse, implique de nombreux lieux et procédures de coordination.

• Les opérateurs de l'offre de prévention et promotion de la santé soutenue par l'ARS

L'ARS de Bretagne dispose d'une enveloppe au niveau de la région (8 millions d'euros en 2010, soit environ 6 % de l'enveloppe nationale) afin de financer des actions de prévention-promotion de la santé au titre de la mise en œuvre du Plan Régional de Santé Publique 2006-2010 (PRSP).

Deux modalités de financement principales ont été privilégiées :

- la procédure d'appel à projets annuel pour financer les actions déclinant les thématiques prioritaires du PRSP ;
- la procédure de contractualisation surtout utilisée avec les gestionnaires des actions de santé recentralisées : centre de lutte contre la tuberculose (CLAT), associations de dépistage organisé des cancers (ADEC), les centres d'information de dépistage et de diagnostic sur les infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) et les centres de vaccination.

Au titre de l'appel à projets 2010, 162 promoteurs ont été financés, ce qui illustre la grande diversité des acteurs dans ce domaine. Les moyens sont cependant concentrés sur 6 thématiques principales : conduites addictives, santé précarité, vie sexuelle et affective, promotion de la santé mentale et prévention du suicide, nutrition, santé environnement. Chacun de ces thèmes fait l'objet d'une présentation détaillée en annexe.

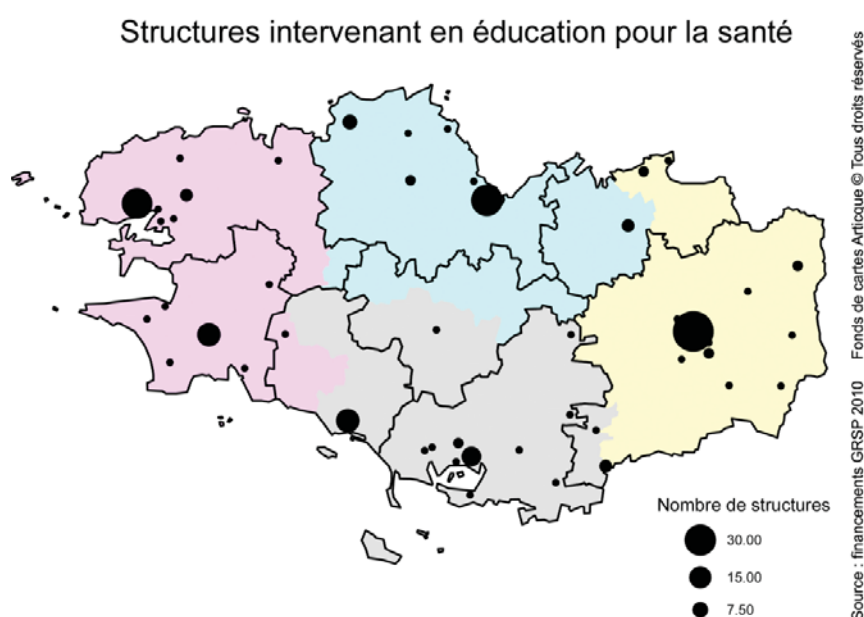
Depuis quelques années le secteur a connu une évolution forte vers une professionnalisation des principaux opérateurs, qui constituent aujourd'hui des opérateurs ressources. On peut citer à titre d'exemple le réseau IREPS/CODES spécialisé en méthodologie d'intervention en promotion de la santé, l'ANPAA sur les addictions, le réseau AIDES sur le VIH, la maison de la consommation et de l'environnement sur la santé environnementale, la Ligue contre le cancer, la Mutualité Française, les associations de patients ou encore le CIRDD. Il est à noter que ces opérateurs ressources peuvent être sur le plan territorial des acteurs régionaux mais aussi locaux notamment à l'échelle du département.

Le pôle régional de compétence constitue une plate-forme de services destinée à fédérer les ressources et les compétences en éducation pour la santé de la région pour les mettre à disposition de tous les acteurs (institutionnels, professionnels, bénévoles associatifs...) et venir en appui de leurs actions en éducation et promotion de la santé. Il a pour mission de développer des fonctions support à caractère transversal telles que le conseil méthodologique, l'ingénierie de projet, les formations, l'appui documentaire, l'évaluation. Il doit servir de lieu de ressource pour des porteurs de projets, de carrefour d'échanges de l'information, des pratiques et de l'expertise. Le pôle a également un rôle à jouer en matière d'animation et de coordination. En Bretagne, il réunit les 7 réseaux ou opérateurs suivants : IREPS/CODES, ANPAA, AIDES, Mutualité Française, CIRDD, Ligue contre le cancer et CRIJ.

La cartographie suivante permet de visualiser les différents promoteurs ayant bénéficié d'un financement du GRSP en 2010, sur le territoire breton.

Elle met en évidence plusieurs éléments :

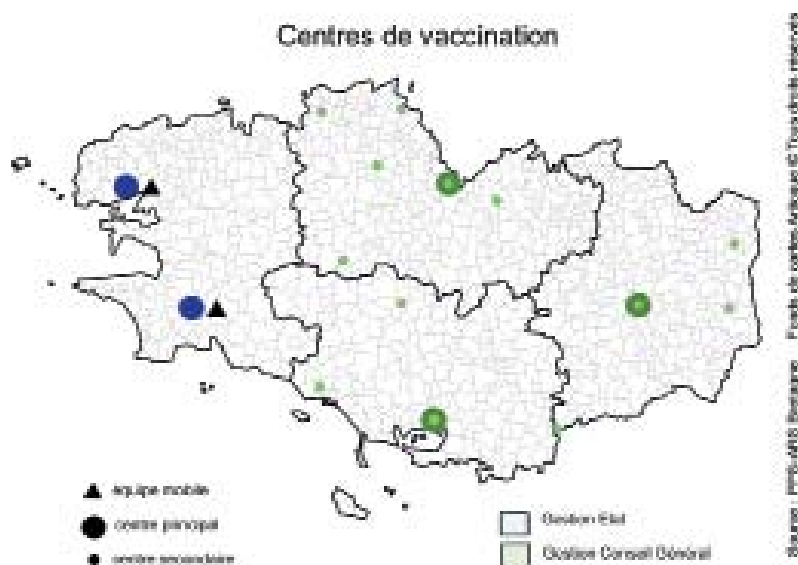
- les structures sont concentrées dans les grandes villes (75 % sur Rennes, St Brieuc, Brest, Quimper, Lorient et Vannes) ;
- 2 territoires de santé sont pauvres en opérateurs (Pontivy/Loudéac et St Malo/Dinan) ;



- Les réseaux sont également très présents sur ce secteur et favorisent la coordination entre des acteurs parfois très dispersés. Ils forment des organisations destinées à faciliter l'accès des malades à des soins continus et coordonnés, de la phase préventive à la phase palliative, le cas échéant. Ils se fondent sur la coopération des professionnels du domaine sanitaire en articulation avec les acteurs médico-sociaux et sociaux. Les réseaux ont vu le jour par thématique de santé. À titre d'exemple, on peut citer les 4 réseaux périnatalité présents dans chaque département, qui regroupent les établissements de santé, les professionnels de la naissance et les services de PMI permettent de centraliser l'information dans un lieu unique (sous forme d'un site internet par exemple), ou encore les 5 réseaux diabète ;

- Les centres de vaccination participent également à la prévention par des actions d'information et de sensibilisation auprès des professionnels de santé et de la population générale, qui doivent être développées dans le contexte actuel d'une certaine désaffection, alors que la vaccination demeure un des moyens les plus efficaces de prévenir le développement de nombreuses maladies infectieuses. Or, sur la région, l'offre est hétérogène, que ce soit en matière de stratégie, de territoire ou d'activité ;

- Dans les départements des Côtes d'Armor, de l'Ille-et-Vilaine et du Morbihan, l'activité vaccinale est gérée par les conseils généraux, avec des centres de vaccination relais identifiés dans les Centres Médico-Sociaux (CMS), les Centres Départementaux d'Action sociale (CDAS) ou les Centres de Solidarité Départemental (CDS). Dans le Finistère, c'est l'Etat qui, au travers d'une habilitation préfectorale permet aux centres hospitaliers d'exercer l'activité vaccinale pour son compte ;

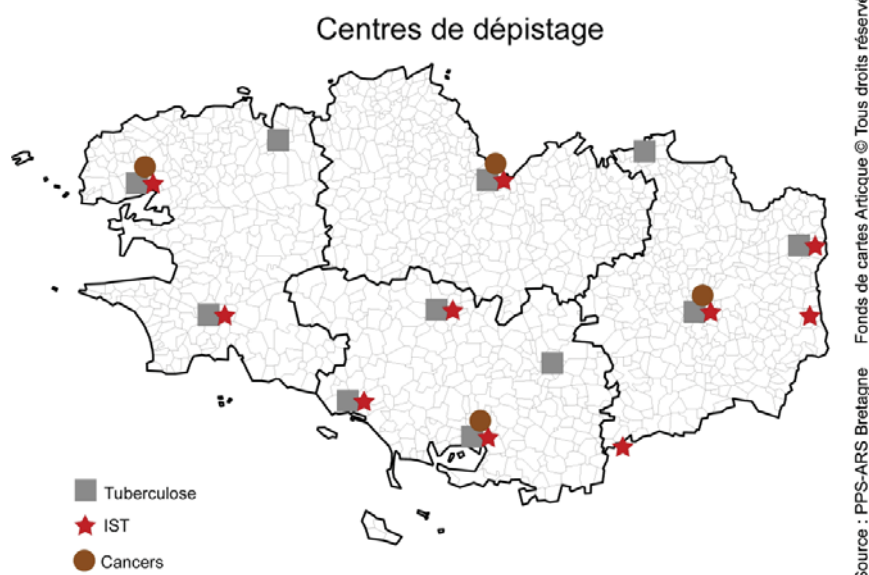


- Les établissements de santé sont aussi des acteurs de prévention et disposent de financements spécifiques dans le cadre des Missions d'Intérêt Général (MIG) pour développer des actions notamment en matière d'accompagnement et d'éducation thérapeutique du patient, d'addictions (mise en place d'équipe de liaison en addictologie) ou encore d'accès aux soins des plus démunis (ex: PASS) ;
- Enfin, les établissements médico-sociaux participent aux actions de prévention notamment dans le domaine des addictions. Les CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues) sont très majoritairement en contact avec une population d'utilisateur(s) de drogues « actifs », en demande de soin ou non et qui pour près de 80 % d'entre eux sont considérés comme étant en situation précaire modérée ou forte. Ils assurent un accueil inconditionnel des personnes en difficultés avec les produits psychotropes et développent de nombreuses activités « hors les murs » dans l'espace urbain, rural et en milieu festif. Ces établissements assurent également auprès de ces publics des actions de prévention aux usages à risques (information, distribution de matériel à usage unique, prévention VIH, hépatites et IST...) et des actions de dépistage et vaccination. De plus, les personnes ayant des problèmes d'addiction peuvent bénéficier d'une prise en charge médico/sociale dans un dispositif spécialisé composé de CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie). Ces derniers assurent pour la plupart d'entre eux, au-delà de leurs missions de prise en charge médico-sociale, des actions de prévention auprès de leurs bénéficiaires et de leur entourage (sensibilisation/information, formation et conseil/assistance) ;
- Les établissements pour personnes âgées ou accueillant des personnes handicapées peuvent également bénéficier ou mettre en œuvre des actions de prévention (par exemple des actions de prévention à la dénutrition des personnes âgées).

• Les opérateurs du dépistage

Conformément à la loi du 9 août 2004 recentralisant vers l'Etat les compétences en matière de dépistage du cancer, de la tuberculose et des IST, les dispositifs départementaux ont été réorganisés. Concernant la tuberculose et les IST, les configurations sont différentes selon le département, suivant le désengagement total ou partiel des Conseils Généraux. Actuellement, si chaque département dispose de dispositifs conformes à la réglementation, l'ARS doit initier une démarche afin d'harmoniser les règles de cadrage de ces dispositifs dans les 4 départements et définir les objectifs prioritaires dans ces domaines. Dans le domaine des IST, les dispositifs actuels coexistent avec les Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) qui pour la majorité d'entre eux assurent le dépistage de l'ensemble des IST. Les CDAG font l'objet d'un financement spécifique sur l'enveloppe hospitalière (MIG).

Le dépistage du cancer est assuré dans chaque département par des associations départementales chargées de la gestion des campagnes de dépistage organisées sur le sein et le colorectal. Ces associations sont suivies et financées par l'ARS et l'assurance-maladie et le Conseil Général dans certains départements.



• Les opérateurs des programmes d'accompagnement et accompagnement et éducation thérapeutique du patient (ETP)

L'éducation thérapeutique est à la croisée des chemins entre les secteurs de la prévention et de l'offre de soins.

Le dernier recensement des programmes mis en œuvre en Bretagne a été réalisé fin décembre 2010 dans le cadre de la procédure d'autorisation fixée par les textes. Tout programme mis en œuvre sur la région doit obtenir l'autorisation de l'ARS avant mise en œuvre.

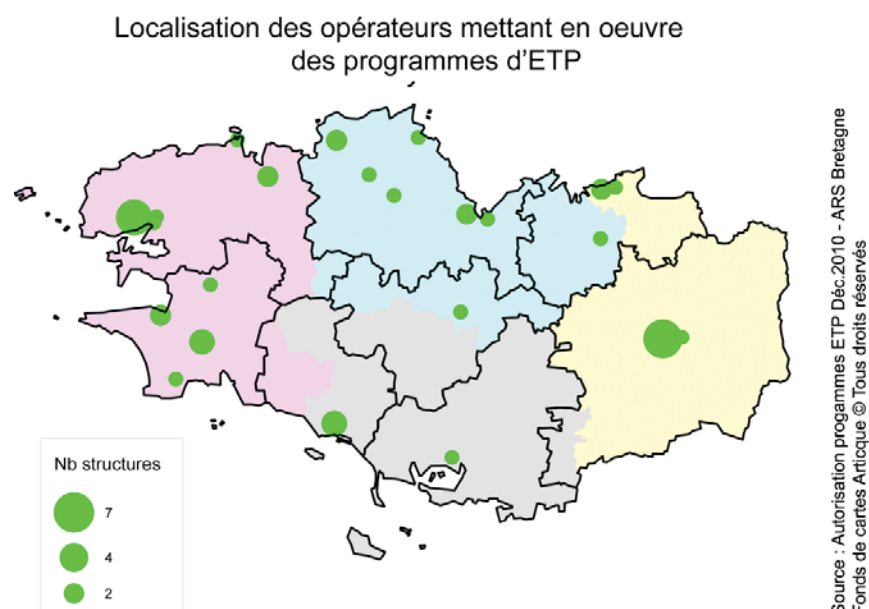
La première étape de cette procédure a consisté à étudier les programmes mis en œuvre avant la loi de juillet 2009. Au total, on identifie 44 structures porteuses de 166 programmes d'ETP (définis selon le cahier des charges de la Haute Autorité de Santé), au 31 décembre 2010.

68 % de ces structures représentent des établissements de soins (centres hospitaliers, cliniques) et 23 % des réseaux de santé. Les autres structures sont des associations, centre de rééducation fonctionnelle, organismes de protection sociale (MSA/Régime général/RSI) et mutuelles.

L'ETP en ambulatoire est très souvent portée et mise en œuvre par les réseaux. En secteur hospitalier, elle est inscrite le plus souvent dans le contrat d'objectifs et de moyens, dans le projet d'établissement dans le projet médical ou encore dans des projets de soins.

Les programmes concernent principalement et par ordre décroissant les pathologies cardiovasculaires, le diabète, l'insuffisance respiratoire, la stomathérapie, de l'obésité, la rhumatologie, la santé mentale, le VIH SIDA, l'insuffisance rénale, le cancer, ou encore la tuberculose.

Les opérateurs sont présents sur l'ensemble de la région Bretagne mais avec toutefois des inégalités d'accès de certains territoires, comme le montre la cartographie suivante ; dans le Morbihan par exemple, seules 6 structures ont été recensées tandis que dans le Finistère, on en compte 18. De plus, dans les Côtes d'Armor et le Finistère, les structures sont réparties sur l'ensemble des départements, alors qu'Ille-et-Vilaine et dans le Morbihan, elles sont concentrées dans les 2 grandes villes.



À noter qu'en dehors de ces programmes structurés, d'autres opérateurs développent d'autres formes de pratiques d'éducation thérapeutique du patient (ex : programmes d'accompagnement) mais qui n'ont pas été recensés dans cet état des lieux.

Les questions de santé au sens de bien-être se retrouvent dans beaucoup de politiques publiques. Elles sont souvent des aspects indissociables d'actions plus globales comme dans les domaines de l'insertion sociale (ex : financement du programme d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS)) ou de l'amélioration de l'environnement (ex : programme régional santé environnement (PRSE)).

• Les professionnels de santé

Ils sont les acteurs majeurs de la prévention médicalisée dans le cadre de la consultation individuelle. Ils réalisent plus de 90 % des actes de vaccination et sont à l'origine de la plupart des prescriptions d'examens de dépistage qu'ils soient effectués dans un cadre systématique (ex : consultations prénatales et les examens obligatoires de suivi de l'enfant) ou en présence de signe d'appel (on parlera alors de prévention indiquée). Le champ d'intervention de cette prévention médicalisée est large et concerne aussi bien les pathologies comme le cancer, les facteurs de risques comme ceux du risque vasculaire que les comportements (addictions).

De par leur investissement dans la prévention médicalisée, ils sont les premiers acteurs du système de santé pour la prise en charge et la bonne orientation d'un patient dans le parcours de santé.

On note aussi le développement de la participation des professionnels de santé dans des actions de prévention sélective relative à leur discipline d'exercice dans les domaines notamment de la santé mentale, du risque vasculaire, du diabète.

1.1.3 Les modalités de coordination

Cette diversité d'acteurs dans le domaine de la PPS a conduit à développer des mesures de coordination plus ou moins formalisées avec des logiques différentes pouvant parfois se combiner : au niveau territorial (régional, départemental, local), au niveau institutionnel ou technique, ou au niveau thématique ou global.

Au plan régional, la centralisation des travaux au niveau des instances du GRSP sur la gestion de l'appel à projets annuel n'a pas permis de développer une véritable coordination régionale des acteurs sur l'ensemble des programmes prioritaires du PRSP. À noter cependant, le dynamisme des Comités techniques régionaux thématiques sur les addictions, la nutrition, la prévention du suicide, la périnatalité, ou encore santé environnement (PRSE), qui ont pour mission de coordonner la stratégie des différents acteurs sur la prévention et la prise en charge. Certains de ces comités existent au niveau départemental notamment sur les addictions et la prévention du suicide.

Au plan départemental, les modalités de coordination bousculées par la mise en place du GRSP en 2007 puis aujourd'hui de l'ARS se sont un peu essouffées et sont actuellement hétérogènes. La place des délégations territoriales au cœur de cette mission de coordination des acteurs mérite d'être précisée et harmonisée entre les 4 départements. Les conférences de territoires seront leur principal outil.

Depuis quelques années, il faut enfin noter le développement de dynamiques locales coordonnées dans le cadre d'un dispositif spécifique à la région à l'échelle des Pays ou d'ateliers santé ville en territoire urbain prioritaires.

- 9 pays sur les 21 de la région ont mis en place des dispositifs d'animation territoriale de santé ;
- les ateliers santé ville sont au nombre de 7, implantés sur des territoires urbains prioritaires.

Ces dispositifs territoriaux permettent une mobilisation des élus, mais restent encore trop peu formalisés au travers de démarches de contractualisation.

Ces différentes instances et modalités de coordination traduisent la nécessité, sur le secteur de la PPS, de mettre davantage en cohérence et en lien les différentes politiques menées, par exemple dans les domaines de la santé au travail, de la santé des jeunes, de la santé des personnes précaires, des addictions, de la santé environnementale.

1.2 COMMENT INTERVIENNENT LES ACTEURS DE LA PPS ?

1.2.1 Une grande diversité d'approches en promotion de la santé

Le dispositif régional actuel de prévention-promotion de la santé s'est élaboré autour des thématiques suivantes : cancer, addictions, santé mentale, santé-précarité, nutrition, vie sexuelle et affective, santé environnement... Il utilise des approches extrêmement diversifiées, dont certaines peuvent éventuellement se combiner :

- Les approches par stratégies d'actions : prévention (vaccination, dépistage...), éducation et promotion de la santé centrées les déterminants de santé et la création d'environnements favorables ;
- Les approches par population (enfants, adolescents, femmes enceintes, personnes âgées, en situation de précarité, handicapées, travailleurs, détenus...). Ces approches s'intéressent aux populations cibles, qui nécessitent une attention préventive toute particulière ;
- Les approches par pathologie (tuberculose, IST, cancers, suicide, maladies cardio-vasculaires, diabète, maladie d'Alzheimer...) ;
- Les approches par milieu (école, domicile, travail, milieu rural...) ;
- Les approches par territoire.

Cette diversité des approches s'est traduite dans le plan régional de santé publique 2006-2010 par l'identification de 14 programmes d'actions thématiques prenant en compte 4 approches populationnelles transversales.

14 PROGRAMMES DE SANTÉ

dont 6 programmes prioritaires :

- > Cancer
- > Suicide
- > Conduites addictives
- > Nutrition
- > PRSE
- > PRAPS

☒ dont 3 déclinaisons régionales des plans nationaux :

- > Santé mentale
- > Maladie rare
- > VIH-IST, hépatite

dont 5 programmes à développer :

- > Risque et maladie cardio vasculaire
- > Qualité de vie des malades chroniques
- > Iatrogénèse
- > Impact de la violence sur la santé
- > Santé périnatale

4 approches populationnelles :

- > Les jeunes
- > Les personnes âgées
- > Les personnes en situation de travail
- > Les personnes détenues

1.3 L'EXEMPLE DES DISPOSITIFS ET DES ACTIONS SOUTENUS PAR L'ARS

L'analyse des actions et des dispositifs financés par l'ARS faute d'être exhaustif peut être cependant représentative du type de modalités d'intervention développées dans le champ de la prévention et promotion de la santé.

En effet, les dispositifs et les actions financés permettent de mettre en œuvre trois types d'intervention :

- au titre de la promotion et de l'éducation pour la santé,
- au titre de la prévention sélective,
- au titre de l'accompagnement et éducation thérapeutique du patient.

L'appel à projets 2010 a permis de financer 371 projets pour un budget d'environ 4 millions d'euros.

1.3.1 La prévention et la promotion de la santé : une approche par thématique de santé

En matière de promotion et d'éducation pour la santé l'approche thématique a été privilégiée notamment dans le cadre des procédures d'appels à projets annuels.

L'appel à projets a permis chaque année de mettre en œuvre des actions déclinant les priorités du PRSP en ciblant plus particulièrement :

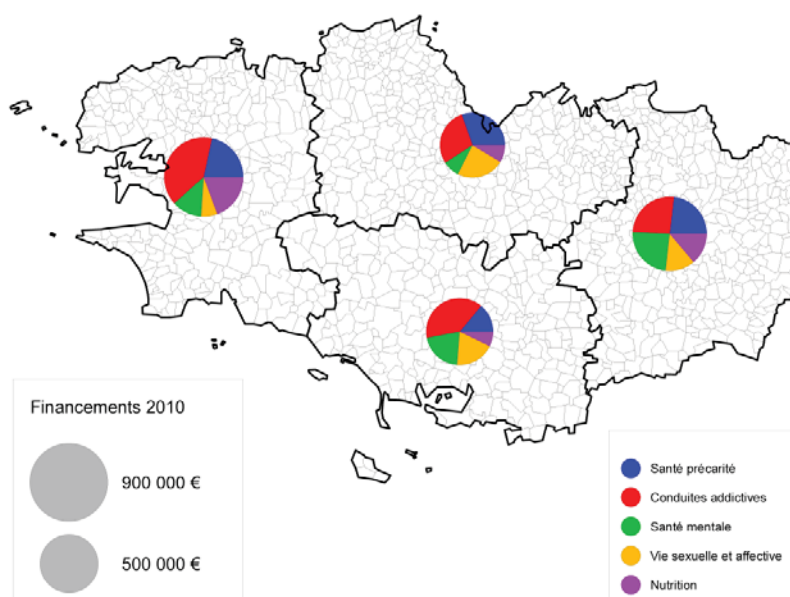
- les conduites addictives ;
- la santé précarité ;
- la promotion de la santé mentale/la prévention du suicide ;
- la nutrition/activité physique ;
- la vie sexuelle et affective ;
- santé environnement.

L'appel à projets incluait également les priorités de l'Assurance Maladie (vaccinations, bucco-dentaire, prévention des chutes, cancer ETP).

Les 6 thématiques représentent 90 % des projets financés et 83 % du budget alloué.

Selon le département, certaines thématiques sont plus ou moins prépondérantes.

Financements accordés par département pour les 5 principales thématiques

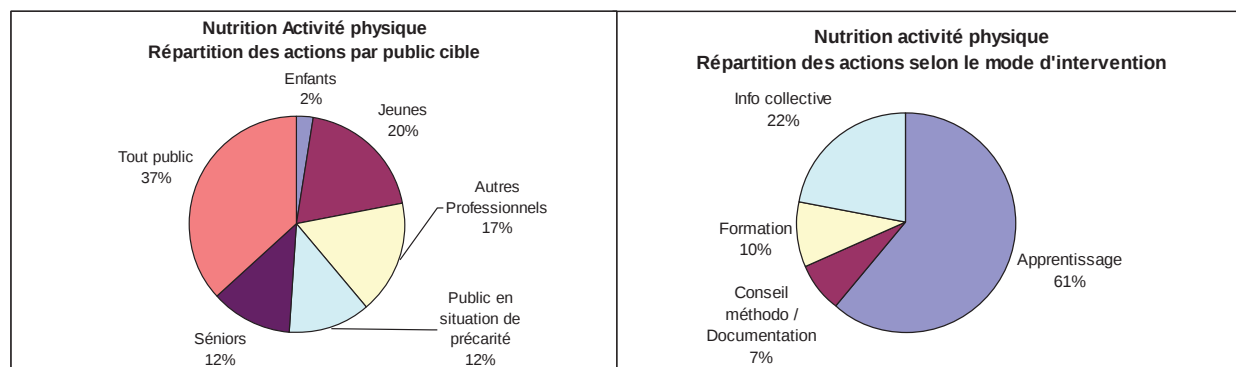


Source : Financements GRSP 2010-ARS Bretagne
Fonds de cartes Artique © Tous droits réservés

Même si les modes d'intervention et les publics cibles recensés dans le champ de la promotion et de l'éducation pour la santé sont globalement les mêmes pour toutes les thématiques, l'analyse plus précise par thème permet d'identifier des spécificités pour chacun d'eux.

I. LE SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

Pour la nutrition et activité physique, 29 opérateurs ont, en 2010, mis en œuvre 41 projets sur ce thème. Ces actions prennent la forme d'information collective pour 22 % d'entre elles, ou d'apprentissage (principalement à partir d'ateliers) dans 61 % des cas.



Source : appel à projets des actions de promotion de la santé 2010

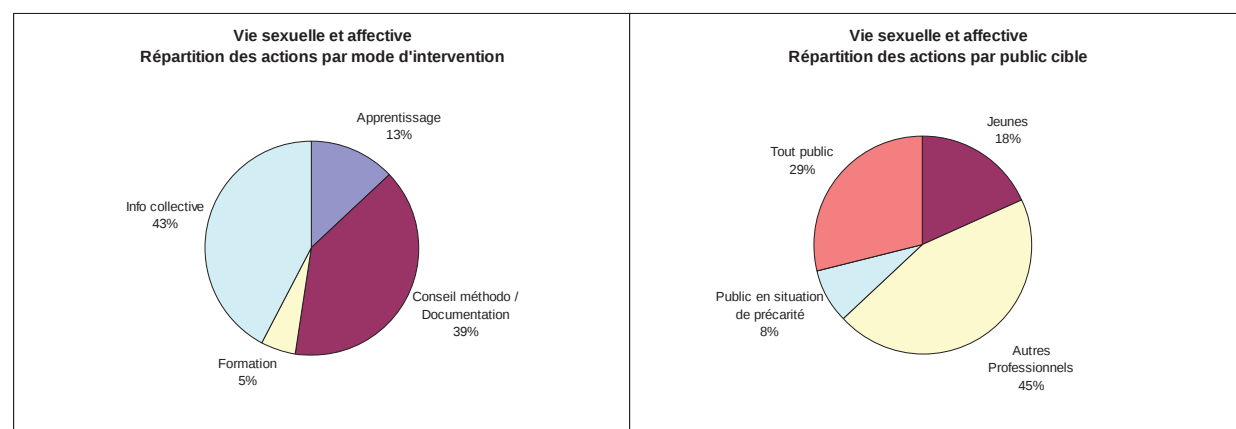
Le public cible principal est le tout public (15 projets sur 41). Les actions d'information collective sont essentiellement destinées à ce public, tandis que les projets visant le développement des compétences personnelles par l'apprentissage concernent aussi bien les jeunes, les publics en situation de précarité, les séniors ou le tout public. Les projets relevant du conseil méthodologique ou de la formation, au nombre de 7, sont destinés aux professionnels œuvrant dans le champ de l'éducation pour la santé (autres que professionnels de santé) et acteurs relais.

Ces actions sur la nutrition sont, pour plus de la moitié d'entre elles (54 %), réalisées localement (sur une ville, une ou plusieurs commune(s)). 17 actions (44 %) ont une visée départementale.

Pour le thème « Vie sexuelle et affective », 18 opérateurs sont intervenus sur ce champ au cours de l'année 2010 pour la réalisation de 38 actions. On y trouve principalement des actions d'information collective (43 %) et de conseils méthodologiques/documentation (39 %).

Les professionnels intervenant dans le champ de la prévention constituent le public cible majoritaire de ces actions ; ils bénéficient de conseils méthodologiques et de formations.

L'information collective est destinée au tout public (10 actions sur 16) et dans une moindre mesure aux jeunes (5 actions sur 16).

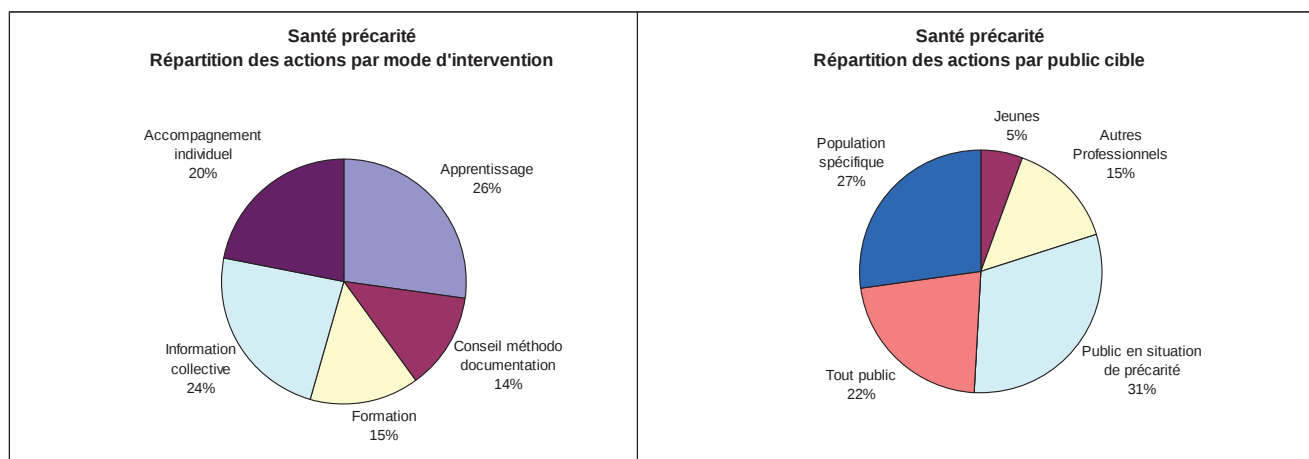


Source : appel à projets des actions de promotion de la santé 2010

Pour la santé précarité, ce sont 29 opérateurs qui ont été recensés sur l'année 2010 ; ils permettent la réalisation de 55 actions sur la région. 3 modes d'intervention apparaissent prépondérants pour cette thématique :

- **l'apprentissage**, sous la forme d'ateliers, de groupes de paroles, ou de création
- **l'information collective**
- **l'accompagnement individuel**, qui correspond à une aide apportée aux bénéficiaires pour acquérir une connaissance de leurs droits administratifs, afin d'identifier les personnes ressources, les structures ou institutions, en matière d'accès aux droits et aux soins.

Ces actions sont soit centrées sur un sujet spécifique (45 %), comme les addictions, la santé mentale, la nutrition ou le suicide, soit elles couvrent un champ plus généraliste (55 %).



Source : appel à projets des actions de promotion de la santé 2010

Ces actions sont prioritairement destinées à un public en situation de précarité ou à des populations spécifiques (détenus, migrants).

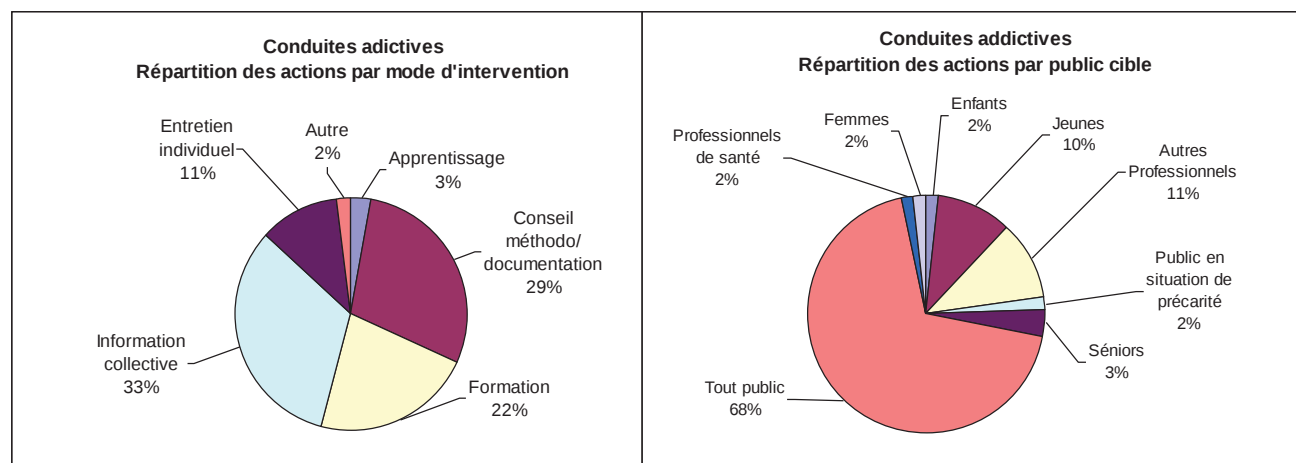
L'accompagnement individuel, notamment, s'adresse essentiellement aux personnes en situation précaire et aux migrants.

Les conseils méthodologiques et la formation ciblent les acteurs relais de l'éducation pour la santé. Enfin, les projets visant le développement des capacités personnelles au travers de l'apprentissage ou de l'information/sensibilisation touchent, de manière plus large, aussi bien les détenus que les jeunes, les personnes en situation précaire ou le tout public.

Plus de la moitié des actions (58 %) ont vocation à couvrir un département.

Pour les conduites addictives, 45 opérateurs ont réalisé 118 projets au cours de l'année 2010. Il s'agit principalement d'informations collectives (33 % des cas), de conseils méthodologiques/documentation (29 %) et de formation (22 %).

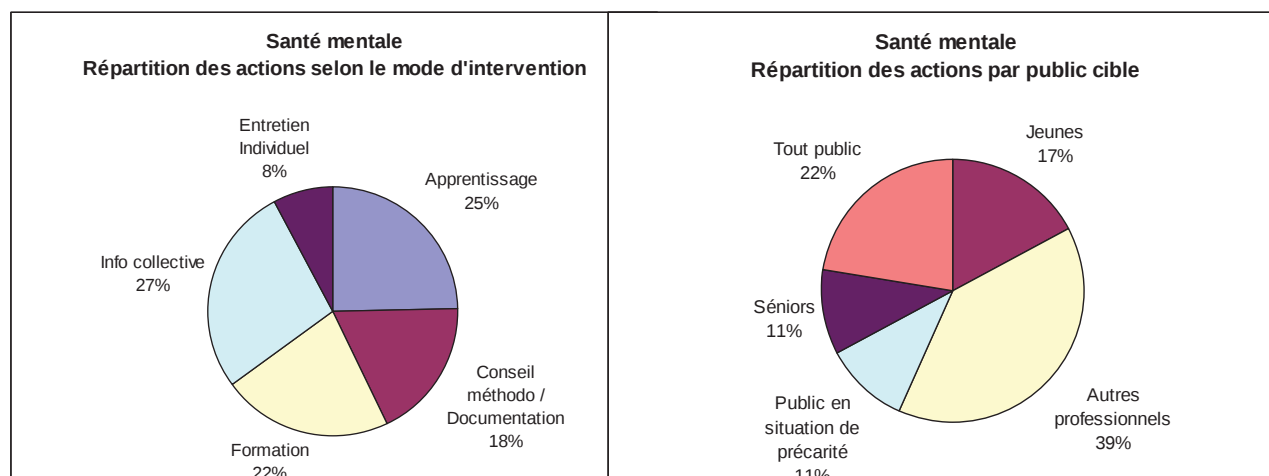
Ces actions sont très majoritairement tout public (68 %) ; elles concernent en premier lieu les actions d'information collective et l'apport documentaire. On identifie dans une moindre mesure, le public des jeunes (également le plus fréquemment destinataire d'informations collectives) et des acteurs relais (sous la terminologie autres professionnels) qui bénéficient d'actions de formation et de conseils méthodologiques.



Source : appel à projets des actions de promotion de la santé 2010

I. LE SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

Pour le thème de la santé mentale, 40 opérateurs se sont saisis du sujet et ont mis en place 77 projets, en 2010 sur la région. 3 modes d'intervention sont recensés dans des proportions comparables : l'information collective, l'apprentissage et la formation.



Source : appel à projets des actions de promotion de la santé 2010

Les projets s'adressent le plus souvent aux « autres professionnels », que l'on appelle aussi les acteurs relais (40 %), au travers de formations et de conseils méthodologiques/documentation. Les actions « tout public » (22 %) correspondent aux séances d'information collective ou des entretiens individuels. Enfin, le public des jeunes et des personnes en situation de précarité bénéficient, pour plus de la moitié d'entre eux, de projets visant le développement des compétences personnelles par l'apprentissage, aux travers par exemple d'ateliers de sophrologie, de relaxation ou encore d'ateliers de théâtre.

Pour la santé environnement, seules 3 actions mises en œuvre par 3 opérateurs ont été financées en 2010 sur les thématiques de l'asthme et des allergies, des pesticides dans l'eau et des risques auditifs. Destinées à des publics très divers (patients asthmatiques, vendeurs de pesticides, collectivités, grand public, adolescents...), elles ont pris de multiples formes : éducation thérapeutique, formation, sensibilisation, communication, charte de bonnes pratiques professionnelles...

L'appel à projets ne donne pas une vision suffisante des actions de prévention menées dans le domaine santé environnement. Les actions de prévention sont en effet très diversifiées et menées par des différents acteurs, souvent hors appel à projets (service santé environnement de l'ARS, autres services de l'Etat, collectivités, CARSAT, MSA...). Cependant, les aspects santé ne constituent pas toujours le fondement ou la raison d'être de ces actions. Les actions peuvent porter soit directement sur les populations (actions de sensibilisation), soit indirectement au travers de leurs milieux de vie (habitat, milieu professionnel...) ou des produits qu'elles consomment (air, eau, aliments...).

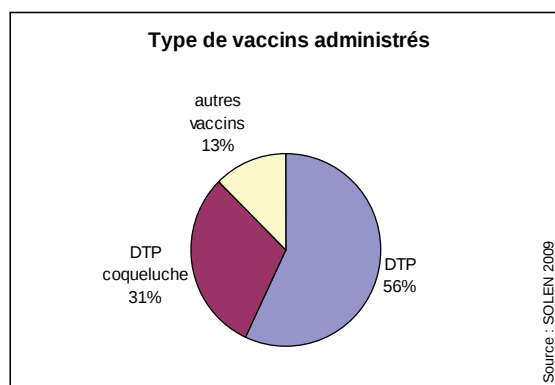
1.3.2 La prévention sélective : ciblée vers la vaccination et le dépistage

Au titre de l'offre financée par l'ARS, la prévention sélective comprend la politique vaccinale et le dépistage du cancer et des IST.

En matière de vaccinations, on dénombre, au travers des données d'activité de l'année 2009, 13 791 doses administrées en région Bretagne. Ce résultat est sous-estimé car la vaccination réalisée par la PMI n'a pas été intégrée, du fait que celle-ci ne relève pas de la loi de recentralisation. Il convient également de noter que le logiciel utilisé est en cours de montée en charge.

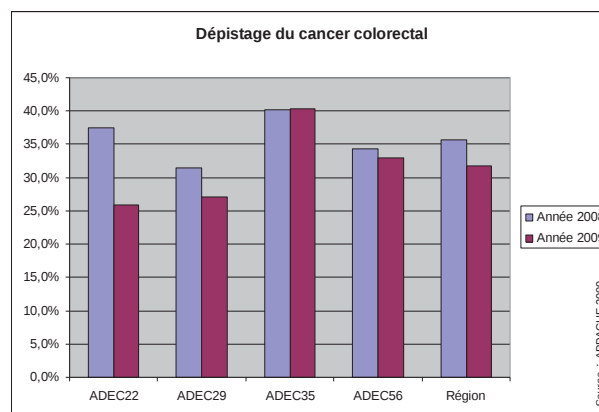
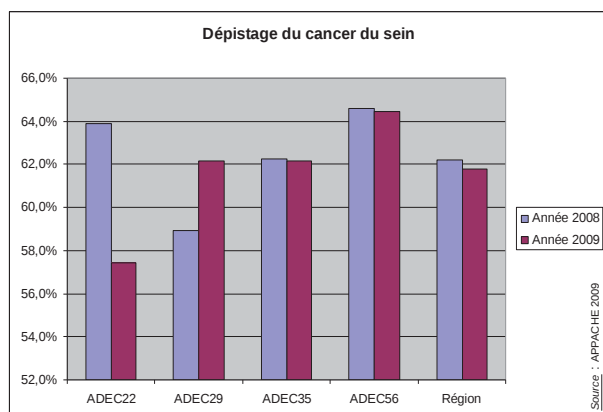
Les résultats de vaccination ne donnent qu'une vision très parcellaire de la réalité car toutes les vaccinations réalisées par d'autres professionnels (en libéral, en milieu hospitalier ou autres établissements...) ne sont pas ici enregistrées.

Selon les données recensées, il apparaît que les vaccins administrés sont principalement le DTP et le DTP coqueluche (plus de 87 % du total). Dans la catégorie « Autres vaccins », on identifie les vaccins contre la grippe, l'hépatite B et le pneumocoque. Tous vaccins confondus, il s'agit plus de 8 fois sur 10 de rappels. Ces résultats sont néanmoins à prendre avec prudence car les méthodes d'enregistrement des données ne sont pas complètement harmonisées entre les départements.



En complément, les centres de vaccination ont également réalisé 36 actions de promotion de la vaccination en 2009 ; 69 % concernent des actions d'information du public et 40 % sont à destination des professionnels.

Concernant le dépistage des cancers du sein et colorectal, les dernières données disponibles montrent qu'en 2009, le taux de dépistage des cancers du sein est de 61,8 % en région, variant de 57,4 % à 64,5 % selon le département. Par rapport à l'année précédente, le taux de dépistage régional est stable, mais les évolutions départementales montrent des différences marquées.

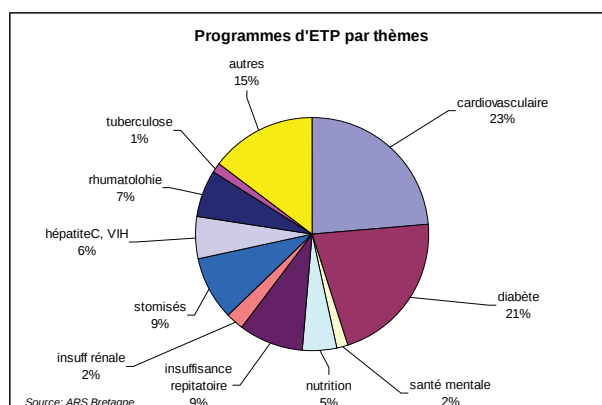


Pour le dépistage du cancer colorectal, les résultats fluctuent entre 25,9 % et 40,3 % selon le département, avec une moyenne régionale avoisinant les 32 %. Comparé à l'année précédente, le taux de participation breton est en baisse (35,5 % en 2008), avec des évolutions différentes selon les départements. L'objectif fixé dans le CPOM pour le cancer colorectal est de 35 % en 2010, pour atteindre 50 % en 2013.

1.3.3 La prévention au bénéfice des patients et leur entourage : les programmes d'ETP

La partie ci-dessous caractérise uniquement les programmes d'accompagnement et éducation thérapeutique du patient. Une première description de ces programmes peut être faite à partir des autorisations formulées par l'ARS à l'issue de la procédure mise en place en fin d'année 2010. À noter que l'autorisation n'induit pas obligatoirement financement de l'ARS.

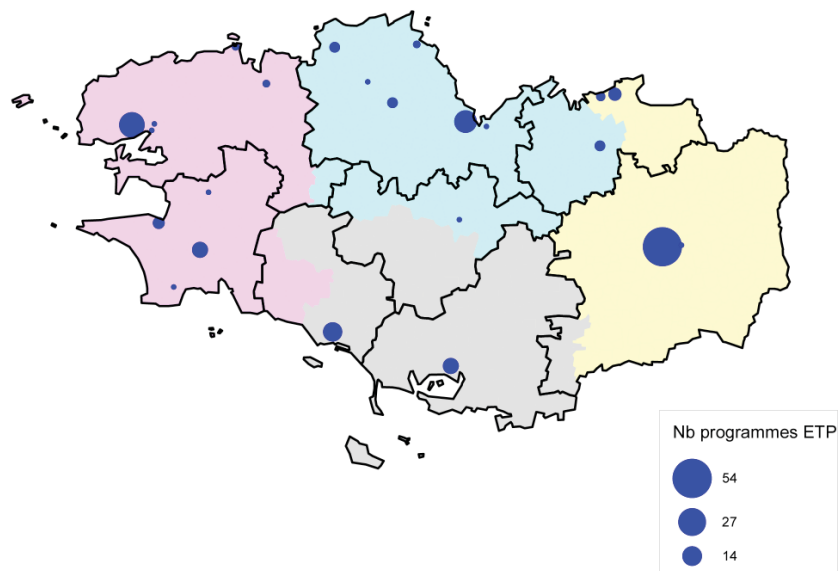
Au 31 décembre 2010, 166 programmes ont été reconnus comme des programmes d'accompagnement et éducation thérapeutique du patient, selon les critères définis par la HAS. Ces programmes concernent diverses thématiques, dont le plus souvent, les pathologies cardiovasculaires, le diabète, l'insuffisance respiratoire, ou encore la stomathérapie. Les opérateurs sont dans une approche par pathologie.



I. LE SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

Le programme proposé au patient s'inscrit dans le temps avec un contenu formalisé et un déroulement précis à l'avance. Il est planifié en 4 étapes : réalisation d'un diagnostic éducatif-définition d'un programme personnalisé - mises en œuvre des séances – évaluation individuelle.

Programmes d'éducation thérapeutique du patient autorisés au 31/12/10



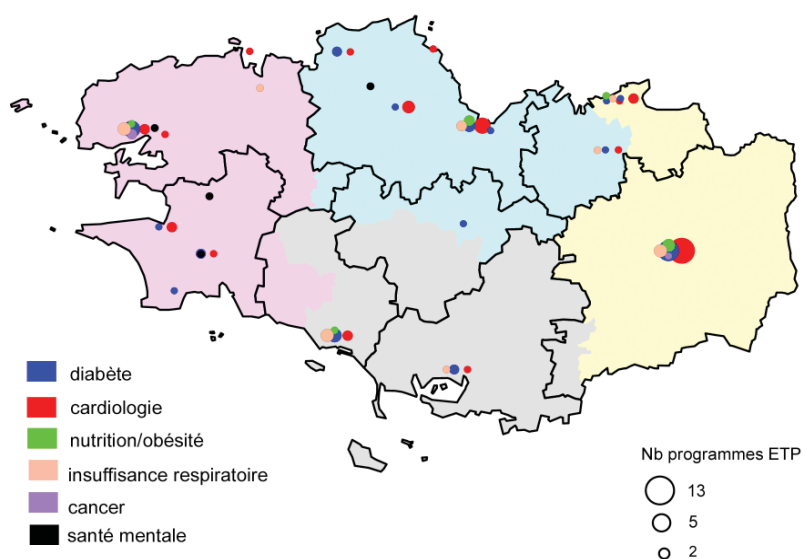
Source : Autorisations programmes ETP Déc. 2010 - ARS Bretagne
Fonds de cartes Artique © Tous droits réservés

On comptabilise, au sein des principaux centres hospitaliers de la région, de 10 à 38 programmes ETP selon la structure. Toutefois, il y a lieu de souligner que certains établissements ont regroupé dans un seul programme plusieurs actions autour de la même pathologie, alors que d'autres en ont fait plusieurs programmes.

Pour certains programmes (notamment sur le diabète), la mise en œuvre est délocalisée.

La répartition géographique des programmes d'ETP sur le territoire breton met en évidence des inégalités aux programmes par pathologies (cancer, obésité, asthme de l'enfant) ou dans certains territoires.

Programmes d'éducation thérapeutique du patient autorisés au 31/12/10 par thèmes



Source : Autorisations programmes ETP Déc. 2010 - ARS Bretagne
Fonds de cartes Artique © Tous droits réservés

En outre, la couverture géographique des programmes est inégale ; les structures interviennent majoritairement sur un territoire plus ou moins restreint allant d'un département à des territoires infra-départementaux, très peu sur la région.

Le nombre de bénéficiaires de ces programmes par an varie selon la pathologie : de 9 pour le VIH SIDA à une moyenne de 70 patients par programme pour le cardiovasculaire. Le recrutement des patients se fait dans le cadre du suivi de la pathologie.

Les coordonnateurs sont en général des médecins appartenant à un établissement. Les équipes sont pluridisciplinaires et s'appuient sur les ressources internes (unité de soins). Les équipes affichent la formation en accompagnement et éducation thérapeutique du patient d'au moins un membre (DU, certificats, attestation). Une coordination interne est mise en place au moyen de réunions, de temps d'échanges.

Le lien avec le médecin traitant se concrétise par l'envoi de compte rendu. Un dossier éducatif est soit sur support papier soit support informatique.

Les objectifs du programme sont affichés. L'évaluation du programme est envisagée mais plus ou moins développée. Les séances d'éducation sont soit individuelles ou collectives et varient de 2 à 8 par bénéficiaires. De nombreux outils variés semblent exister.

Les programmes sont très rarement construits avec les patients.

On note l'émergence de coordination de programme dans le milieu hospitalier.

À noter qu'en dehors de ces programmes structurés, d'autres opérateurs développent d'autres formes de pratiques d'accompagnement et éducation thérapeutique du patient (ex : programmes d'accompagnement) mais qu'ils n'ont pas été recensés dans cet état des lieux.

1.4 UN DIAGNOSTIC PARTAGÉ EN RÉGION QUI PERMET DE DÉGAGER DES PISTES D'AMÉLIORATION

1.4.1 Quatre constats forts sur ce secteur

- **La promotion de la santé ne concerne pas uniquement l'ARS** : ainsi les acteurs régionaux et notamment les collectivités territoriales ont un rôle important, compte tenu de leurs missions auprès de certaines populations concernées par les priorités de santé publique (enfants, publics précaires par exemple) et leur possibilité d'agir sur des déterminants de santé ou sur l'environnement des publics (logement par exemple)
- L'offre de prévention et de promotion de la santé ne se résume pas aux dispositifs financés par l'ARS : **d'autres partenaires contribuent de façon significative au financement de projets** de prévention et promotion de la santé, ou peuvent concourir dans différents domaines et à différentes échelles territoriales à la mise en œuvre des priorités régionales.
- **Cette offre s'inscrit dans les territoires de la région dans un partenariat fort** : depuis plusieurs années, l'élaboration des projets, le suivi des actions, leur financement s'inscrit en Bretagne, dans une démarche de partenariat tant stratégique que technique, au niveau régional et dans les différents territoires de projets (départements, pays, ville, quartiers)
- **Les questions de santé bénéficient d'une meilleure prise en compte** tant de la part des institutions, des élus, que du grand public

En complément des constats généraux sur l'état de santé et de l'offre en santé en Bretagne qui ont conduit à la définition des priorités et objectifs du PSRS, plusieurs éléments de diagnostics concernant spécifiquement la prévention et la promotion de la santé servent de base aux propositions formulées dans le cadre de l'élaboration du schéma.

L'ensemble de ces éléments traduit la mise en œuvre des priorités de santé publique de la région souvent préexistantes au PRSP.

Le PRSP 2006-2010 a cependant permis de partager une vision de la santé publique et de ses enjeux dont la déclinaison s'est appuyée sur des programmes de santé à dominante thématique.

Ce premier exercice régional, qui devait également contribuer à la réalisation des objectifs nationaux, a marqué une étape importante dans le processus de régionalisation et de mise en cohérence de la politique de santé publique mais a également trouvé ses limites.

1.4.2 Des limites liées en partie à l'approche par thématiques

En effet, l'évaluation intermédiaire du PRSP présenté en juillet 2009 fournit quelques éléments d'analyse sur l'approche retenue par le groupement régional de santé publique (GRSP) pour la mise en œuvre du plan et permet de dégager quelques pistes d'amélioration pour le projet régional de santé.

L'évaluation a montré que, malgré la complexité du plan, les principales priorités retenues étaient bien partagées par les acteurs de santé publique de la région. Toutefois, l'appel à projets thématique n'a pas permis de rendre complètement opérationnelles les quatre approches populationnelles (jeunes, personnes âgées, personnes en milieu de travail, personnes détenues) qui étaient prévues dans le plan. Même si une cinquième population prioritaire (les populations précaires) est prise en compte dans une des thématiques (santé précarité), l'appel à projet essentiellement thématique n'a pas favorisé une approche globale qui aurait permis de faire un lien plus direct avec les objectifs généraux du PRSP et notamment les objectifs de réduction des inégalités de santé et d'amélioration de la qualité de vie.

L'analyse de l'ensemble des actions financées et co-financées par l'ARS en 2010 confirme ces constats de modes d'intervention liés à une thématique ou à une pathologie laissant peu de place à une approche globale de promotion de la santé à l'égard d'une population ou sur un territoire.

1.4.3 Les pistes d'amélioration envisagées : renforcer l'approche par population

Compte tenu de ces limites, quelques pistes d'amélioration ont été proposées pour le volet prévention et promotion de la santé et validées par la conférence régionale de santé :

- **limiter et hiérarchiser le nombre de priorités** et programmes afin de rendre plus lisible la stratégie retenue
- **mieux identifier et hiérarchiser les publics** cibles de chaque thématique
- **afin de favoriser une approche par milieu**, rendre opérationnelle la coordination des programmes de l'ARS avec ceux menés par d'autres services (santé scolaire et PMI, santé au travail)
- **favoriser les dynamiques territoriales** (ATS, ASV, villes santé), notamment sur les territoires présentant les indicateurs de santé les plus défavorables.
- **renforcer le pilotage régional et la territorialisation** et prendre en compte les spécificités des territoires et des inégalités de santé.

L'ensemble des éléments sur l'offre et les ressources de la région, sur l'analyse des programmes d'actions engagées ainsi que ceux issus de l'évaluation intermédiaire du PRSP sont repris dans le tableau ci-contre.

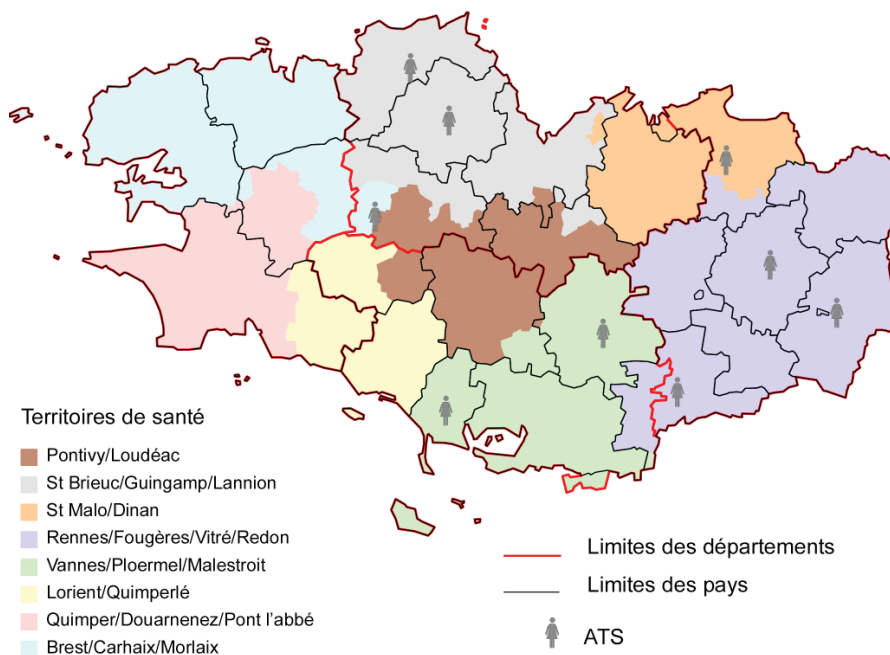
POINTS D'APPUI	POINTS À AMÉLIORER
Sur la définition des priorités	
Une bonne appropriation des priorités de santé publique par les acteurs Une meilleure prise de conscience, par la population et les élus, des questions de santé publique Au titre de l'appel à projets annuels des actions recentrées sur 6 priorités fortes de la région	Une insuffisance d'approche globale, du fait notamment de la complexité de la construction du PRSP Difficulté à définir et hiérarchiser les priorités de santé Manque de lisibilité, pour le grand public, des actions menées
Sur l'organisation de l'offre	
Une bonne appropriation des priorités de santé publique par les acteurs Une meilleure prise de conscience, par la population et les élus, des questions de santé publique Au titre de l'appel à projets annuels des actions recentrées sur 6 priorités fortes de la région	Une offre pourtant insuffisante selon les thèmes (ex: santé environnement) et les territoires Une offre mal connue (vision très partielle de l'appel à projets) Des interrogations sur les positionnements respectifs des opérateurs (risque de concurrence, cloisonnement, manque de coordination...) Une difficulté à identifier les financements hors ARS
Sur les modalités de financements	
Des moyens fléchés sur les priorités de la région	Un morcellement des financements accentuant la logique thématique Fragilité des structures en charge de la promotion de la santé, due à l'absence de financement pérenne et à la complexité des modes de financement
Sur la professionnalisation et l'échange de pratiques	
Une professionnalisation des acteurs, qui a permis de mieux faire prendre en compte la prévention et la promotion de la santé Un pôle de compétence qui réunit sept organismes	Faiblesse des systèmes d'observation, d'information et d'évaluation des acteurs et actions de promotion de la santé
Sur les dynamiques territoriales	
Une dynamique régionale bien installée et qui s'inscrit dans un partenariat riche (collectivités, services Etat...) Des dynamiques locales qui se sont développées Une existence de comités techniques thématiques dynamiques Une bonne mobilisation institutionnelle sur les questions de santé	Une dynamique inégale selon les territoires (ex: urbain / rural, chef-lieu de région / département...) Un manque de formalisation de ces dynamiques locales (ex: contractualisation) Des difficultés de coordination, au plan régional comme au plan départemental, de l'ensemble des acteurs et des politiques Difficulté accentuée par les différents niveaux d'intervention des actions (ex: région, département, pays, commune, quartier...)

Ces éléments doivent nous accompagner afin de mieux identifier les stratégies prioritaires d'intervention et d'améliorer la répartition territoriale des actions.

2. L'ORGANISATION TERRITORIALE DE LA PRÉVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN BRETAGNE

L'évolution du paysage institutionnel amène à redéfinir les rôles et les modalités d'intervention des acteurs territoriaux dans le domaine de la prévention et promotion de la santé. La région est organisée en 8 territoires de santé dont les frontières sont différentes de celles des départements et des pays. La carte ci-après illustre bien l'enchevêtrement des frontières entre les différents territoires.

Limites des territoires de santé, des départements et des pays bretons



Source : PPS-ARS Bretagne Fonds de cartes Arlicque © Tous droits réservés

2.1 LE PILOTAGE RÉGIONAL PAR L'ARS

Dans le cadre de la régionalisation de la politique de santé publique, l'ARS, au niveau régional, définit des stratégies et des priorités en lien avec les politiques nationales. Dans le domaine de la PPS, la direction de la santé publique de l'ARS en lien avec les instances régionales de concertation pilote l'élaboration et la mise en œuvre du schéma de prévention.

L'ARS est chargée de développer et coordonner la mise en œuvre territoriale des politiques régionales de santé au sein des territoires de santé. Elle s'attache à prendre en compte les zones prioritaires dans la définition des politiques, à réguler la répartition de l'offre et à soutenir les dynamiques et les initiatives locales en matière de coordination des activités. Elle renforce l'animation territoriale notamment dans les zones où ces dynamiques peinent à trouver des appuis et à se mettre en place.

L'identification des territoires prioritaires doit contribuer à diminuer les disparités régionales et à organiser de façon cohérente les acteurs de la santé. La territorialisation permet de mieux adapter les actions aux besoins spécifiques du territoire. C'est en effet une dimension essentielle de toute politique de prévention en permettant la prise en compte des inégalités d'accès à des services et à des prestations et en favorisant la fluidité des parcours de santé.

2.2 LES INSTANCES RÉGIONALES DE CONCERTATION

Ces instances constituent des lieux privilégiés pour échanger avec les acteurs du champ de la prévention et de la promotion de la santé sur les problématiques régionales, pour partager et s'engager sur des orientations communes. Elles sont également des lieux de promotion de la PPS auprès de l'ensemble des acteurs de la santé.

À ce titre, l'ARS a fait le choix de les associer étroitement au processus d'élaboration du schéma afin de recueillir le plus largement possible les avis et expertises de chacun.

2.2.1 La commission de coordination des politiques publiques de santé

Elle est compétente pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres dans le domaine de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile.

Dans ce cadre, elle :

- peut décider de travaux à conduire pour contribuer à l'élaboration du PRS et notamment du schéma régional de prévention
- favorise, sur la base du PRS et du SRP et des plans des partenaires de la commission, la définition des stratégies d'intervention sur les publics cibles,
- veille à la cohérence des actions vis-à-vis des stratégies définies et à la complémentarité des actions dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile, qui sont financées par chacun des membres,
- détermine les modalités de leur éventuel financement,
- définit les conditions dans lesquelles les contributeurs financiers pourront s'associer à l'ARS pour passer une commande publique ou éventuellement organiser une procédure d'appel à projets destinée à sélectionner et à financer les actions de prévention et de promotion de la santé dans la région
- permet le rapprochement entre les acteurs régionaux de l'observation sanitaire et sociale pour améliorer la qualité et la disponibilité des informations nécessaires aux politiques régionales de santé.

La commission recueille les éléments d'information nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment à l'évaluation de la politique de prévention et de promotion de la santé et à l'élaboration du SRP.

En Bretagne, cette commission est au centre de l'animation régionale portée par l'ARS en matière de prévention et promotion de la santé. Elle fixe chaque année un programme de travail et, sur la base des priorités définies, peut mettre en place des comités techniques. D'un point de vue organisationnel, la présidence de la commission est assurée, par délégation du DG de l'ARS, par le directeur de la Santé Publique. Le secrétariat est assuré par l'ARS.

2.2.2 La commission spécialisée prévention de la CRSA

La commission spécialisée de prévention contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale de prévention et à ce titre :

- elle prépare un avis sur le schéma régional de prévention, ainsi que sur sa révision, son suivi et les résultats de son évaluation,
- elle formule toute proposition sur la politique régionale de prévention, notamment pour réduire les inégalités sociales et géographiques de santé de la région,
- elle est informée :
 - des mécanismes mis en place par la commission de coordination compétente dans le secteur de la prévention pour assurer la complémentarité des actions de prévention et de promotion de la santé et la cohérence de leurs financements,
 - du bilan d'activité de la commission de coordination compétente dans le secteur de la prévention,
 - des résultats de l'agence en matière de veille et de sécurité sanitaires.

L'ensemble des travaux de cette commission alimentent les débats de la commission permanente et de l'assemblée plénière.

La CRSA, ses commissions spécialisées, ainsi que les commissions de coordination des politiques publiques de santé seront associées au suivi de la mise en œuvre du PRS et à l'évaluation de celui-ci. Dans ce cadre, elles pourront formuler des recommandations.

Afin de permettre une articulation des travaux de ces différentes instances régionales, une réunion annuelle commune des commissions de coordination des politiques publiques sera organisée, à laquelle seront conviés les présidents de chacune des commissions spécialisées de la CRSA.

2.3 LE PARTENARIAT ET LA CONCERTATION AU NIVEAU DÉPARTEMENTAL AVEC L'ARS

Le département demeure un échelon important de concertation avec de nombreux partenaires de l'ARS sur le champ de la PPS. Les Conseils généraux mais aussi plusieurs services déconcentrés de l'Etat sont des interlocuteurs organisés au niveau départemental. Les quatre délégations territoriales de l'ARS sont les interlocuteurs privilégiés à cette échelle territoriale, souvent dans le cadre de dynamiques préexistantes, mais qui devront être ajustées au regard du nouveau paysage institutionnel.

Les protocoles départementaux signés entre le DGARS et les Préfets le 30 septembre 2010, qui ont pour objet de préciser les modalités suivant lesquelles l'ARS intervient pour préparer et mettre en œuvre les décisions relevant de la compétence du préfet de département au titre de la veille, de la sécurité et de la police sanitaires, ainsi que de la salubrité et de l'hygiène publique, précisent également les modalités de coordination pour la prévention et la prise en charge des addictions.

Des plans départementaux sont élaborés par les préfets en application des orientations de la MILDT. Un comité de coordination régional MILDT s'assure d'une cohérence régionale entre les orientations et les financements MILDT. La participation de l'ARS à cette instance, ainsi que la représentation du préfet de région à la CCPP permettent une bonne articulation entre l'ARS et les Préfets dans le champ des addictions. Dans chaque délégation territoriale, un médecin référent est désigné par le DGARS pour apporter son appui technique au chef de projet MILDT dans le cadre des missions d'animation territoriale de l'ARS.

Dans le domaine santé-environnement, multipartenarial par nature, un certain nombre de dispositifs de coordination interservices ont été mis en place, prenant la forme de missions interservices (missions interservices sur l'eau (MISE), sur la sécurité alimentaire (MISSA), ou de pôles de compétences (habitat, bruit, aménagement du territoire...). Les thèmes et la forme varient parfois d'un département à l'autre.

2.4 L'ANIMATION TERRITORIALE

L'animation territoriale au sens large du terme, c'est-à-dire incluant la mission de coordination, est assurée par l'ARS, en s'appuyant sur les délégations territoriales et les partenaires locaux, opérateurs de la prévention et de la promotion de la santé. Elle peut se traduire par la mise en place de groupes de travail spécifiques, en fonction de l'objectif défini par exemple pour l'identification des territoires prioritaires, pour le développement du partenariat ARS-Education nationale, pour la mise en place d'un projet de PPS sur un territoire...

Cette animation doit permettre de :

- relayer la stratégie régionale de l'ARS et être l'interlocuteur des autres institutions et acteurs de la PPS,
- faire remonter les besoins identifiés sur le terrain,
- animer et coordonner le réseau des partenaires et faire émerger les complémentarités,
- identifier des territoires prioritaires,
- orienter les promoteurs vers des priorités d'actions sur des territoires ciblés,
- animer les instances de démocratie sanitaire,
- accompagner et suivre la mise en œuvre d'actions.

L'animation territoriale doit veiller à la cohérence entre les dynamiques locales et à définir des territoires pertinents pour la prévention et la promotion de la santé.

Plusieurs niveaux de territoires peuvent ainsi être identifiés en fonction du contexte, du champ d'intervention et des objectifs fixés. Il peut s'agir de territoires administratifs, de concertation, d'organisation de l'offre, de projet...

Il n'existe pas de découpage parfait, le territoire le plus pertinent étant à définir en fonction du sujet traité. Néanmoins, il importe de garder en mémoire l'ensemble des découpages géographiques existants, afin de veiller à l'articulation entre les lieux d'intervention des acteurs de terrain (souvent locaux) et les lieux de concertation ou décisionnel (souvent plus vastes).

En Bretagne, l'animation territoriale de santé va s'appuyer sur les territoires de santé et les territoires de projets.

2.5 LES TERRITOIRES DE SANTÉ

Les territoires de santé de la Bretagne issus du découpage en territoires sanitaires, ne correspondent pas à aucune dimension géographique connue dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé. C'est une échelle de territoire nouvelle qu'il faut intégrer dans les modalités de pilotage et de coordination des acteurs.

Pour animer la coordination territoriale institutionnelle dans ces territoires, l'ARS dispose :

- des conférences de territoire qui sont notamment compétentes sur les programmes territoriaux de santé, qui vont porter sur l'ensemble du champ du Projet Régional de Santé. Sur le champ de la PPS, les pôles PPS des délégations territoriales vont animer les travaux des conférences afin d'identifier des objectifs plus spécifiques et des zones plus prioritaires à chaque territoire.

Au sein des conférences de territoire, le collège 3, composé d'au plus 3 représentants des organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention, ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité, peut contribuer à la valorisation et la mise en œuvre du schéma régional de prévention dans les territoires.

- Des groupes prévention et promotion de la santé, qui sont à mettre en place dans chaque territoire de santé et qui assureront un rôle de coordination des acteurs.

2.6 LES TERRITOIRES DE PROJET

Un territoire de projet se définit comme une zone géographique délimitée sur laquelle va être mené le projet de PPS. Elle est de taille variable, pouvant aller du quartier d'une ville, d'un lieu de vie, au territoire national, en passant par le département, la communauté de communes, le pays... Le territoire de projet est le lieu de mise en œuvre de l'action de prévention et promotion de la santé et demeure le plus souvent local. C'est à ce niveau qu'il est le plus souhaitable de travailler les articulations avec les dimensions « soins », « médico-social » ou « social » d'un problème de santé identifié. Dans ce cas, il doit s'insérer dans un territoire géographique plus vaste de concertation et de coordination.

Les pays, les communautés de communes, les communautés d'agglomérations, les villes santé constituent des lieux privilégiés pour mener des expériences d'animation locale visant à mieux identifier les besoins et à coordonner les différents opérateurs dans la conduite notamment des actions de promotion de la santé.

Des dispositifs locaux d'animation territoriale existent ou sont à instaurer, tels les Animatrices Territoriales de santé (ATS), les Contrats locaux de santé (CLS), les villes santé, les projets locaux de santé.

3. LES LEVIERS ET OUTILS DISPONIBLES POUR UNE ÉVOLUTION FAVORABLE DE L'OFFRE EN RÉGION

3.1 LES LEVIERS TECHNIQUES POUR RENFORCER LA QUALITÉ DES INTERVENTIONS

3.1.1 La professionnalisation des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé

Elle vise à apporter aux différents acteurs de la prévention et promotion de la santé de la connaissance et des méthodes pour la mise en œuvre de projets sur le terrain, afin d'en améliorer la pertinence et l'efficacité.

Les outils à disposition pour favoriser la professionnalisation sont notamment :

- **la documentation** : plusieurs centres de documentation spécialisés dans la prévention et la promotion de la santé sont identifiés en Bretagne, notamment dans les CODES et les ANPAA. Ils fournissent à la demande des éléments de connaissance sur les déterminants de santé, les publics et leurs problématiques, la méthodologie de projet, l'évaluation... Ils mettent également à la disposition des acteurs des outils pédagogiques ;
- **la référence aux bonnes pratiques professionnelles** : elle permet aux opérateurs de l'éducation pour la santé de s'appuyer sur des démarches et approches reconnues efficaces et adaptées et validées par des experts de ce domaine. Elles sont produites notamment par l'INPES, l'INCA, la HAS ou les organismes régionaux. Elles visent l'amélioration de la qualité des actions ;
- **la formation initiale et continue**, adaptée en fonction des profils des personnes à former (acteurs relais auprès du public, animateurs de projets de proximité, formateurs, conseillers méthodologiques) : une base de données des personnes ressources en formation va être élaborée en région, le pôle de compétence propose une offre partenariale de formations destinée aux formateurs et conseillers méthodologiques en éducation pour la santé et des modules de formations aux enseignants d'école de formation initiale (secteurs sanitaire, social et éducatif). Les formations proposées concernent aussi bien les thèmes de la promotion de la santé, que la méthodologie de projet ;
- **l'appui méthodologique** : il est proposé aux acteurs de terrain par plusieurs opérateurs ressources de la région : le pôle de compétences offre des prestations de conseil en méthodologie auprès d'élus et d'intervenants ponctuels, permettant d'accompagner les opérateurs dans les différentes étapes de l'élaboration d'un projet. Dans ce cas, l'appui méthodologique est basé sur des recommandations partagées en région ;
- **le transfert de connaissances** : ce processus permet de faire évoluer les pratiques professionnelles, grâce à la production, l'adaptation, la diffusion, la réception, l'adoption, l'appropriation et l'utilisation de connaissances issues de la recherche (cf travaux de l'ORSB et de l'IREPS) ;

- **l'échange de pratiques** : le travail en partenariat et les échanges de pratiques entre acteurs d'un même domaine d'intervention contribuent également à faire évoluer les modes d'intervention et les connaissances.

En Bretagne, le pôle de compétences contribue fortement à la valorisation et la diffusion des outils mis à disposition des professionnels.

3.1.2 Un système d'informations sur les opérateurs et les actions

L'existence d'une base de données identifiant les opérateurs et les actions menées en région dans le domaine de la prévention et la promotion de la santé constitue une source de connaissances indispensable à l'organisation des services et des actions pour l'ARS et ses partenaires.

La connaissance permanente des ressources (en nombre, compétences, qualifications, localisation) et des actions (champ géographique d'intervention, public cible, modes d'intervention...) permet d'apporter une réponse plus adaptée aux problématiques identifiées et d'organiser l'offre dans le cadre d'une approche par territoire.

Aujourd'hui en Bretagne, ces informations peuvent être obtenues au travers des demandes de financements dans le cadre du système d'informations du PRSP, mais ne sont ni exhaustives, ni permanentes. L'organisation et la mise à jour de ces informations au sein d'un système d'informations dédié à la prévention et la promotion de la santé sont à développer.

3.1.3 La démarche qualité : un processus indispensable

La démarche qualité est indispensable quel qu'en soit son objet : politique, programmes, projets, pratiques...

La qualité en promotion de la santé, c'est l'ensemble des caractéristiques liées à une action ou un ensemble d'actions qui permettent de construire la meilleure réponse possible aux besoins de santé d'un groupe ou d'une population.

La démarche qualité est un processus global, systématique et continu qui permet d'accroître la qualité du service rendu et le résultat attendu de l'action menée. Ce processus consiste à examiner régulièrement des points clefs du fonctionnement de l'organisation et des actions pour anticiper les dysfonctionnements ou adapter le projet.

Elle nécessite l'appropriation de la démarche par l'ensemble des acteurs de terrain ainsi que leur implication.

En fonction des projets (thème, public, envergure...) et des modes de fonctionnement la recherche de qualité s'envisage à plusieurs niveaux :

- **le suivi** : le suivi permet aux acteurs de terrain de réaliser d'éventuels réajustements du pilotage des projets. Il consiste à collecter de manière systématique et régulière, au sein de tableaux de bord, les données issues d'indicateurs spécifiques et mesurables. Il permet donc d'apprécier périodiquement le degré de déploiement des actions et à décrire les écarts observés ;
- **le bilan** : le bilan est un constat qui apporte des informations sur les réalisations, voire le contexte ; il n'a pas pour objectif de formuler un jugement. C'est un état des lieux final produit souvent par l'auteur de l'action ;
- **l'évaluation** : l'évaluation est un processus d'analyse qualitatif et/ou quantitatif qui consiste à apprécier le déroulement d'une action, ou encore à mesurer ses effets. Elle comporte une combinaison de procédures, méthode et outils. Elle doit aboutir à un jugement sur les actions engagées dans un but d'amélioration et/ou de prise de décision. En cela elle doit pouvoir être au service de toutes les personnes impliquées autour du projet. Elle peut porter sur les objectifs et méthodes, l'activité, le processus, les résultats. Le dispositif mis en œuvre sera adapté en fonction de la finalité de l'évaluation. Ainsi un projet dont l'objet serait d'expérimenter l'efficacité d'une action innovante nécessite un dispositif d'évaluation scientifique associant groupe témoin et indicateurs complexes. Un tel dispositif n'est pas à envisager dans le cadre d'une action appliquant une méthode dont l'efficacité a déjà été évaluée. Le processus et l'atteinte des objectifs pourront par contre faire l'objet d'une démarche évaluative permettant de produire un jugement sur l'action. Les principaux critères communément utilisés sont l'efficacité, l'efficience, la pertinence, la conformité, la cohérence et la durabilité.

Au niveau national, le guide d'auto-évaluation de l'INPES est un outil d'accompagnement de la démarche qualité.

En Bretagne, dans le cadre de l'appel à projet, une fiche d'autoévaluation est complétée par les porteurs de projets sans toutefois s'appuyer sur un système de traitement informatisé.

Le pôle de compétence contribue également à la diffusion et valorisation des outils de ce type de démarche, tel que l'outil AVAL.

3.1.4 La procédure d'autorisation d'Education Thérapeutique du Patient

La procédure d'autorisation des programmes d'accompagnement et éducation thérapeutique du patient mise en place pour la première fois en 2010 a permis d'expérimenter une nouvelle méthode de travail sur un champ d'intervention bien défini.

Cette procédure peut apporter des éléments intéressants pour la régulation et la planification de l'offre en matière d'éducation thérapeutique sur le territoire breton.

3.2 LES LEVIERS FINANCIERS POUR RÉGULER LES ACTIVITÉS AU BÉNÉFICE DES PRIORITÉS IDENTIFIÉES

L'utilisation des différents leviers financiers permet la régulation des activités au bénéfice des priorités de santé identifiées. Les outils sont mobilisés différemment en fonction des objectifs poursuivis.

3.2.1 La contractualisation pluriannuelle

Dans le champ de la PPS

La contractualisation pluriannuelle permet d'inscrire dans la durée l'intervention des opérateurs pour la mise en œuvre d'actions programmées et structurées participant effectivement à la mise en œuvre des objectifs du PRS.

Dans le champ sanitaire et médico-social

Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) signés avec les établissements hospitaliers et médico-sociaux, ainsi que les conventions tripartites signées avec les EPHAD doivent comporter la prévention et la promotion de la santé dans le cadre des projets d'établissements et des projets de services de ces structures.

3.2.2 Les autres modes de financement

- **la commande publique** : l'ARS définit de manière précise et relativement détaillée un projet, des actions, un lieu, un public. L'opérateur y répond en y amenant son professionnalisme pour conduire les actions.
- **l'appel à projet** : l'ARS se positionne uniquement en maîtrise d'ouvrage et définit les finalités, les objectifs généraux, les financements et laisse les opérateurs lui proposer un projet et un programme d'actions.

3.2.3 Le contrôle de gestion

Le contrôle de gestion est une démarche de pilotage destinée à améliorer le rapport entre des activités produites et les moyens engagés pour les réaliser.

Le contrôle de la bonne utilisation des fonds publics, conformément aux objectifs du PRS et aux programmes d'actions qui en découlent, permettra de réorienter, le cas échéant, les financements.

Il se traduit par la mise en place d'un outil de bilan annuel pour chaque opérateur et d'une procédure de contrôle dans le cadre d'un programme défini annuellement.

Les dépenses de prévention

Au niveau de la comptabilité nationale, les dépenses de prévention sont comptabilisées dans la Dépense Courante de Santé (DCS) qui mesure l'effort consacré par l'ensemble des financeurs du système de santé aux activités de santé.

Ces dépenses de prévention couvrent :

Les dépenses correspondant aux activités des services de médecine préventive

Leur but est d'éviter l'apparition ou la complication des maladies et des accidents. Ils comportent des activités de surveillance médicale et de diagnostic. Ils ne se rapportent qu'à des interventions individuelles et leur visée est uniquement sanitaire. La consommation de médecine préventive comprend les services suivants : la médecine du travail, la médecine scolaire ; elle comprend aussi d'autres services de médecine préventive dont certains sont à la charge de l'Etat, la lutte contre les épidémies, contre l'alcoolisme, la toxicomanie, le sida, les vaccinations, les actions de prévention contre la tuberculose, les infections sexuellement transmissibles et le cancer ou d'autres à la charge des collectivités territoriales (la protection maternelle et infantile (PMI)) ou à la charge de l'Etat et des collectivités et/ou de l'Assurance Maladie (cancer, planning familial, vaccinations...).

Les dépenses relatives à la mise en œuvre de la prévention collective et le contrôle sanitaire

Les dépenses de contrôle sanitaire : Il s'agit d'actions ayant une visée explicitement et principalement sanitaire et d'hygiène publique : contrôle des eaux, contrôle sanitaire aux frontières, campagnes permanentes d'information et d'éducation sanitaire.

La prévention collective regroupe les dépenses non individualisables.

- à visée comportementale : lutte contre l'alcool, le tabac, les drogues, les campagnes en faveur des vaccinations et dépistages, en général interministérielle ou partenariale
- à visée environnementale : hygiène du milieu, lutte contre la pollution, veille, alerte relevant du pouvoir régalién de l'Etat ou la prévention des accidents du travail qui relève des organismes d'assurance sociale.

Au niveau national, les dépenses de prévention sont estimées à 2,7 % des dépenses courantes de santé soit environ 6 Mds €.

Transposé à la Bretagne où les dépenses de santé représentent environ 8 M€, ce taux donnerait des dépenses de prévention de l'ordre de 216 M€.

En revanche, ce chiffre ne prend pas en compte, les dépenses correspondantes aux actes de prévention réalisées dans le cadre de la médecine ambulatoire et hospitalière. Si on prend en compte ces dépenses, qui sont incluses dans la consommation de soins, on estime que le pourcentage des dépenses de prévention à 7 % de la dépense courante de santé soit environ **16 Mds€ au niveau national et environ 560 M€ transposés à la Bretagne.**

Au sein de cet ensemble de dépenses qui concoure à la prévention, une partie relève d'un budget d'un « **budget d'intervention** » géré directement par l'ARS. Le montant de ce budget pour les dernières années figure dans le tableau suivant :

2009	2010	2011
8 992 928,00	8 969 833,00	9 055 981,30

Les principaux postes de dépenses de ce budget sont :

	2009	2010	2011
Actions de santé recentralisées tuberculose/IST/vaccinations	2 782 111,00	2 845 785,00	2 790 458,00
Dépistages organisés des cancers	1 885 097,00	1 834 029,00	1 915 694,00
Actions de prévention et de promotion de la santé territorialisée y compris actions d'accompagnement	4 025 908,00		
Fonctionnement (santé environnement, veille et surveillance sanitaires, démocratie sanitaire/kits alcool...)	299 812,00	93 755,00	345 275,00
TOTAL	8 992 928,00	8 969 833,00	9 055 981,30

Il faudrait ajouter à ce budget spécifique géré par l'ARS, l'enveloppe financière consacrée à l'accompagnement et éducation thérapeutique du patient.

L'enveloppe allouée aux établissements de santé pour conduire des programmes d'éducation thérapeutique labellisés par l'ARS s'élevait fin 2010 à 1 200 000 €. L'ARS a décidé de l'abonder à hauteur de 600 000 € dès 2011, soit un total de 2 200 000 €. Il faudrait rajouter à cette enveloppe hospitalière les financements accordés aux réseaux de santé qui conduisent également des programmes d'éducation thérapeutique dont le montant précis est en cours de détermination.

Ce budget d'intervention ne tient pas compte de la contribution directe des personnels de l'ARS à la prévention et à la promotion de la santé. A titre d'exemple :

- le rôle des agents de la cellule de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires dans la gestion des risques auxquels peuvent être exposées les élèves d'une école, suite à la déclaration d'une maladie contagieuse ;
- le rôle des personnels de la direction adjointe de santé environnement dans la mise en place, par exemple, de mesure de la présence d'un produit toxique auquel pourrait être exposé un groupe de population dans le cadre d'une pollution ;
- l'activité du médecin coordonnateur de la cellule régionale d'hémovigilance dans la prévention des accidents transfusionnels ;
- le travail des pharmaciens inspecteurs du pôle pharmacie et produits de santé dans la prévention de la iatrogénie médicamenteuse.

3.3 LA PARTICIPATION DE LA POPULATION POUR UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DES BESOINS LOCAUX

Cette participation peut prendre différentes formes, la plus aboutie étant la « co-construction » de projets avec les usagers. Au-delà de l'opportunité offerte aux personnes concernées de s'exprimer, de susciter leur adhésion et de favoriser une appropriation de l'action, cette forme de participation cherche :

- à obtenir une meilleure adéquation du projet à son public cible ;
- à faire de la population un acteur à part entière, le projet étant construit en associant les publics concernés dès la phase de diagnostic et jusqu'à l'évaluation ;
- à donner à la population les clés pour faire ses propres choix et prendre sa santé en main, en fonction de sa conception de la vie et de la société ;
- à favoriser le dialogue et une meilleure compréhension des codes culturels, représentations, enjeux, contraintes (...) de chacun des acteurs concernés.

Cette participation des populations doit s'inscrire dans un processus de démocratie sanitaire. Elle peut prendre la forme de débats citoyens, d'états généraux, de conférences de consensus...

4. LES ORIENTATIONS ET LES OBJECTIFS POUR L'OFFRE DE PPS EN BRETAGNE

À partir des éléments apportés dans les parties précédentes, il s'agit ici de proposer les orientations et objectifs qui permettront de répondre au mieux aux objectifs du PSRS.

Ces propositions s'inscrivent dans une réflexion menée globalement, avec le souci permanent de :

- construire une culture santé publique avec l'ensemble des acteurs ;
- réduire les inégalités de santé ;
- améliorer l'accès à la prévention pour l'ensemble de la population ;
- favoriser la continuité du parcours de santé (prévention/ soins/ médico-social) ;
- améliorer l'observation et la connaissance du champ de la PPS ;
- améliorer la qualité des soins ;
- associer les usagers-citoyens.

En outre, la définition de ces orientations et objectifs s'est appuyée sur le postulat que, pour être efficace, une intervention en prévention et promotion de la santé doit combiner dans le temps et dans l'espace les 5 domaines d'actions prioritaires définis dans la Charte d'Ottawa (cf partie II -5), c'est-à-dire que chaque intervention en PPS doit envisager l'action au niveau politique, l'intervention sur le milieu de vie, l'implication des institutions, la démocratie sanitaire et le développement des aptitudes personnelles.

Sur ces bases, les priorités sont ainsi définies pour les 5 années à venir.

Elles sont présentées pour chacune des 3 grandes catégories d'interventions identifiées dans le schéma, à savoir :

- la promotion de la santé ;
- la prévention sélective ;
- la prévention au bénéfice des patients et de leur entourage.

Puis, pour chacune de ces catégories, 3 sous-parties sont identifiées :

- a) les stratégies et les acteurs : cette partie décrit les stratégies à mettre en œuvre, afin de respecter les concepts d'intervention en PPS ;
- b) les objectifs régionaux : ce paragraphe présente les grands objectifs que l'ARS se fixe pour les 5 années à venir ;
- c) les modalités de mises en œuvre : cette partie propose les moyens et leviers qui peuvent être utilisés pour atteindre les priorités décrites précédemment.

4.1 PROMOUVOIR ET ANIMER LA PROMOTION DE LA SANTÉ EN BRETAGNE AUTOUR DE PRINCIPES D'INTERVENTION PARTAGÉS ET D'UNE ORGANISATION STRUCTURÉE

4.1.1 Renforcer la dimension politique et sociale de la promotion de la santé en région

a) Les stratégies et les acteurs

L'objectif général est ici **d'agir sur l'environnement politique et social de la population** dans un sens favorable à la santé ; il peut s'agir par exemple d'une politique de rénovation des logements insalubres, que de l'aménagement d'une ville en termes de transports en commun, ou d'accès à des dispositifs favorisant l'activité physique pour tous.

Pour cela, l'ARS a un rôle d'incitation et de soutien auprès de ses partenaires que sont les autres services déconcentrés de l'Etat, les collectivités territoriales, l'éducation nationale, la santé au travail..., afin qu'ils intègrent les questions de santé dans leurs politiques, bien qu'il ne s'agisse pas de leur mission première.

Ces partenariats doivent favoriser la réorganisation et l'amélioration de services et ainsi en permettre un égal accès de tous sur le territoire.

Les problématiques et les besoins, couverts et non couverts de façon satisfaisante, sont à discuter dans les instances de concertation régionale, de manière à ajuster les politiques. L'animation territoriale joue un rôle également important dans cette organisation et l'identification des besoins.

En outre, les dispositifs de participation collective, sous forme de forums publics ou de représentations d'usagers dans les instances d'expertise collective, peuvent faire émerger des besoins locaux, qui devront ensuite être relayés par les acteurs de terrain auprès des institutionnels. À cet effet, le développement des aptitudes des personnes à la participation à la vie politique, aux débats publics ou aux instances de concertation est un axe à développer.

b) Les objectifs régionaux

• **Améliorer la coordination entre les acteurs au niveau régional** en prenant en compte des populations et des thématiques prioritaires en suscitant les partenariats et en développant les complémentarités, avec notamment l'éducation nationale, la mutualité française, l'Assurance Maladie, la DRJSCS, la DRAAF, les professionnels de santé, les collectivités territoriales, les établissements de santé.

- Faire partager des principes d'intervention en PPS entre les partenaires institutionnels régionaux,
- Réaliser un état des lieux des actions de PPS menées sur la santé de l'enfant et du jeune, la nutrition, la santé environnementale et la santé précarité par les partenaires de la commission de coordination des politiques publiques,
- Identifier les complémentarités inter-institutionnelles sur les champs communs,
- Etablir des conventions de partenariats avec ces partenaires en s'engageant sur des axes de travail partagés,
- Organiser une concertation pour l'attribution de financements (définition des champs de chacun, complémentarités).

• Promouvoir la PPS

- Positionner le pôle de compétences comme référent sur les concepts et les approches à développer en PPS,
- Mettre en place des rencontres régionales, sous l'égide de la commission spécialisée prévention de la CRSA, organisées par le pôle de compétences réunissant notamment les membres du collège 3 des conférences de territoire, pour favoriser l'appropriation et la mise en œuvre de schéma régional de prévention,
- Relayer la stratégie régionale de l'ARS auprès des autres institutions et acteurs de la PPS,

• Veiller à la coordination de tous les acteurs de la PPS dans les territoires de santé

- Mettre en place un « groupe de pilotage de la PPS » par territoire de santé, intégrant les acteurs de la PPS et de la santé environnementale, au-delà des participants de la conférence de territoire et qui doit être articulé avec les travaux menés sur l'ensemble du territoire. Ce groupe a pour objectif de coordonner les acteurs locaux et d'animer les travaux sur le champ de la PPS,
- Identifier des territoires prioritaires,
- Formaliser les modalités de travail et d'échanges entre les différents niveaux territoriaux.

• Développer la démocratie sanitaire

- Formaliser les modalités d'association des représentants des usagers au schéma régional de prévention,
- Inciter les opérateurs et collectivités locales à associer la population dans l'élaboration et la construction de projets,

• Développer les compétences de l'ensemble des acteurs

- sur la prévention et la promotion de la santé (population et relais que sont les professionnels de santé, les travailleurs sociaux, les associations, les élus).
- Définir les besoins en région,
- Etablir une offre de formation en fonction des publics et des besoins,
- Dispenser les formations.

c) Les modalités

Les moyens, leviers ou outils disponibles pour atteindre ses priorités peuvent être :

- La commission de coordination des politiques publiques au sein de laquelle sont développés les partenariats autour de la santé scolaire, la santé au travail et de la protection maternelle et infantile,
- La commission prévention de la CRSA qui constitue un lieu privilégié de concertation et d'expression des professionnels et des usagers,
- Les conférences de territoires avec les programmes territoriaux, qui assurent la cohérence des différents niveaux territoriaux sur des objectifs partagés,
- La présence et l'intervention de l'ARS auprès des différents lieux de concertation (CAR...)
- Les conventions de partenariat, les chartes : qui permettent la formalisation des engagements des différentes parties sur des objectifs, voire des projets communs,
- Les groupes de travail
- Les appels à projets communs
- Les colloques

4.1.2 Développer une offre de qualité en éducation pour la santé dans les territoires bretons

a) Les stratégies et les acteurs

L'objectif est d'agir sur l'acquisition et l'exercice de compétences favorables à la santé, par l'accroissement des connaissances en matière de santé (déterminants de santé, facteurs de risque, services existants et modalités d'accès), le développement de la motivation, de la confiance en soi et des compétences, en s'appuyant sur une pédagogie participative.

Ce sont les acteurs relais auprès de la population qui accompagnent le développement de ces aptitudes individuelles. Les spécialistes des démarches éducatives, disposant de compétences pour prendre en compte les dimensions politiques et sociales de la santé, forment ces acteurs relais selon les besoins.

L'ARS favorise le développement de ces aptitudes par l'incitation à l'application de méthodes participatives, par le soutien à la formation et à l'évolution des pratiques des acteurs et de leurs institutions et par l'attribution de financements.

Il appartient également à l'ARS d'apporter les informations nécessaires à l'identification des besoins et à l'évaluation des actions.

Les collectivités locales ou les divers intervenants de la concertation territoriale contribuent à l'objectif général en créant des conditions favorables à l'organisation de dispositifs de mobilisation (pour la population ou pour les acteurs relais), à la réalisation de projets et à l'adaptation et l'accès des services.

Les instances de coordination locales et régionales permettent de faire connaître les besoins des publics, les freins éventuels ressentis, pour une meilleure prise en compte des constats et un ajustement des orientations à favoriser.

b) Les objectifs régionaux

• Promouvoir une approche positive et globale de la santé auprès des opérateurs de la PPS

- Définir des priorités d'actions par thématique prioritaire (santé mentale, conduites addictives, nutrition et activité physique, vie sexuelle et affective, santé précarité)
- Rédiger un document de référence partagé sur les modalités d'intervention en PPS avec les acteurs de terrain
- Faire adhérer les opérateurs par la signature d'une charte d'engagement
- Engager une réflexion sur l'approche populationnelle

• Poursuivre la professionnalisation des acteurs

- Promouvoir le rôle du pôle de compétences auprès de l'ensemble des porteurs de projets
- Former les opérateurs à la méthodologie de projet et à l'évaluation
- Diffuser et promouvoir les références aux bonnes pratiques professionnelles
- Développer l'échange de pratiques

• Mieux identifier les acteurs de la PPS et les actions

- Pour mieux connaître les besoins et les services rendus à la population
- Créer un système d'information pour la PPS, permettant notamment la géolocalisation des actions
- Mobiliser les opérateurs pour qu'ils participent à la mise en place et à l'utilisation de ce système d'informations
- Réaliser et diffuser un état des lieux annuel des actions menées à partir du système d'information

• Renforcer le suivi et l'évaluation des actions financées par l'ARS

- Dans la perspective d'objectiver et de valoriser les projets
- Valoriser des outils régionaux de suivi des actions
- Réaliser un bilan régional annuel des interventions PPS
- Définir un programme d'évaluation annuel
- Valoriser les actions dont le suivi ou l'évaluation ont montré l'intérêt du projet

Faire évoluer les modes de financements

- Favoriser la fongibilité des enveloppes au profit de la PPS
- Négocier des CPOM avec les principaux opérateurs de la PPS
- Expérimenter une commande publique sur un thème et territoire prioritaires à définir
- Mieux cibler l'appel à projets sur des priorités identifiées (thèmes, territoires, approche)

c) Les modalités

La mise en œuvre des priorités peut se concrétiser par :

- La définition de plans d'actions par thématiques prioritaires
- L'engagement des opérateurs sur des modes d'intervention à privilégier pour la réalisation d'actions en PPS
- L'engagement des opérateurs sur des objectifs, des actions, des territoires au travers de Conventions d'Objectifs et de Moyens (COM) et CPOM
- L'attribution des financements sur des priorités identifiées (approches, thèmes, territoires)
- La création d'un système d'information dédié à la prévention
- Dans le cadre de la démarche qualité, la formalisation de procédures et d'outils gradués en fonction des projets et de leur mode de financement,
- Le développement de la procédure d'appel d'offres,
- La rédaction et la diffusion d'un document de communication sur l'action du département PPS.

4.2 MOBILISER LES ACTEURS DE LA PRÉVENTION SÉLECTIVE AUTOUR DE PROGRAMMES CIBLÉS POUR DES POPULATIONS PRÉSENTANT DES RISQUES SPÉCIFIQUES DANS LA RÉGION

4.2.1 Les stratégies et les acteurs

L'objectif général est d'agir auprès de populations présentant des risques spécifiques, notamment sur les questions de vaccination et de dépistage ; il s'agit par exemple du dépistage du cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 75 ans, ou de la prévention des comportements à risque en milieu festif.

Il convient ici avant tout :

- de sensibiliser, d'informer et de mobiliser la population et les professionnels de santé sur l'importance et l'intérêt de la vaccination, du dépistage, ou encore de la prévention des risques concernant les publics spécifiques,
- de permettre un égal accès de tous aux structures et professionnels réalisant ces actions de prévention.

Les acteurs relais auprès de populations présentant des risques spécifiques accompagnent le développement des aptitudes individuelles favorables à la santé et favorisent les démarches de ces publics et leur accès aux services concernés.

L'ARS a un rôle de pilotage et d'animation en matière de politique vaccinale et de dépistage, notamment dans le cadre des dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal et des IST. Elle veille à l'organisation des services afin de favoriser un égal accès de la population. Les collectivités territoriales apportent leurs contributions en facilitant le développement d'une offre adaptée aux besoins de la population sur leurs territoires.

Le caractère médical de la vaccination et du dépistage impose des articulations avec le domaine du soin (les professionnels de santé et les structures).

La coordination des institutions sur ce champ permettra une meilleure connaissance des données en matière de vaccinations et de dépistage, mais aussi et surtout une mise en œuvre régionale et partagée des politiques vaccinale et de dépistage.

4.2.2 Les objectifs régionaux

• Développer des actions de prévention sélective auprès des populations ciblées :

- Définir des critères de sélection des publics prioritaires,
- Cibler quelques sous-groupes de population,
- Proposer un programme d'actions pour chaque sous-groupe ciblé.

• Augmenter la participation des publics cibles aux campagnes nationales de dépistage :

- Réorganiser les différents dispositifs des CDAG et CIDDIST pour le dépistage des IST,
- Développer des outils de sensibilisation/communication pour améliorer le dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal.

AMÉLIORER LE TAUX DE PARTICIPATION AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN ET DU CANCER COLORECTAL

Deux cancers font l'objet d'un dépistage organisé dans les 4 départements de Bretagne comme dans les autres départements de France : le cancer colorectal et le cancer du sein.

Le dépistage organisé est une démarche qui vise à détecter, au plus tôt, en l'absence de symptômes, des lésions susceptibles d'être cancéreuses ou d'évoluer vers un cancer. L'intérêt du dépistage est de pouvoir ainsi détecter plus précocement un cancer, de mieux soigner le patient et de limiter la lourdeur des traitements et des séquelles éventuelles. Ce dépistage organisé est cofinancé par l'ARS et l'Assurance Maladie de façon à permettre un accès sans avance de frais aux personnes concernées.

Le cancer colorectal en incidence comme en mortalité se situe au 2^{ème} rang chez la femme et au 4^{ème} rang chez l'homme. Sur la période 2005-2007, le cancer du côlon-rectum a été responsable de 477 décès en moyenne annuelle, soit 9 % de la mortalité par cancer chez les hommes ce qui en fait aussi la 4^{ème} cause de décès par cancer chez les hommes.

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme en incidence comme en mortalité.

Responsable de 18 % de la mortalité féminine, il est la 1^{ère} cause de décès par cancer chez la femme.

Son taux d'incidence a presque doublé, passant de 49 en 1980 à 96 pour 100 000 femmes en 2005.

La mammographie de dépistage avec seconde lecture permet de détecter efficacement les cancers du sein, même de petite taille. En dépistant les cancers du sein plus précocement (avant même les premiers signes cliniques), les patientes présentent des chances de guérison plus grandes et le plus souvent, des traitements moins lourds. L'évaluation continue de ce programme a permis d'observer parmi l'ensemble des cancers dépistés (source : InVS, chiffres 2007) :

- 15,2 % de cancers in situ,
- 36,3 % de cancers de taille inférieure ou égale à 10 mm,
- et 74,2 % de cancers sans envahissement ganglionnaire

LE DÉPISTAGE EN BRETAGNE

Le cancer du côlon-rectum

Chez les hommes, en 2005, avec 1 134 nouveaux cas de cancer du côlon-rectum estimés en Bretagne, soit 10 % de l'ensemble des nouveaux cas masculins de cancer, cette localisation se situe au 4^{ème} rang de l'incidence des cancers.

Chez les femmes, en 2005, avec 940 nouveaux cas de cancer du côlon-rectum estimés en Bretagne, soit 14 % de l'ensemble des nouveaux cas féminins de cancer, cette localisation se situe au 2^{ème} rang de l'incidence des cancers.

Il est établi, qu'en faisant un test de recherche de sang occulte dans les selles tous les deux ans entre 50 et 74 ans suivis d'une coloscopie en cas de résultats positif, il est possible de diminuer de 15 % à 20 % la mortalité par cancer colorectal si 50 % de la population concernée participait au programme de dépistage organisé.

Avec 279 685 personnes dépistées pendant les deux années 2009-2010 sur 888 613 personnes âgées de 50 à 74 ans (population cible) et avec un taux d'exclusion du dépistage de 13,7 %, le taux de participation de la population bretonne au dépistage du cancer colorectal est de 36,5 % (% plus élevé que celui de la moyenne française située à 34 %). **Pour autant, ce taux de participation est inférieur à l'objectif européen minimal acceptable de 45 % de participation et loin derrière le taux souhaitable de 65 %.**

Ce taux de participation moyen de 36,5 % pour la région recouvre des taux de participation très différents selon les départements :

- Côtes d'Armor : 32,6
- Finistère : 34 %
- Ille-et-Vilaine : 43,6 %
- Morbihan : 34,9 %

A noter que le Finistère et l'Ille-et-Vilaine étaient départements pilotes du programme ayant débuté avant 2007.

Le cancer du sein

L'efficacité du dépistage du cancer du sein a été validée dans de nombreux pays. En 2002, le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) a conclu, au vu des essais randomisés contrôlés de dépistage du cancer du sein réalisés dans différents pays, à l'efficacité du dépistage par mammographie, avec, selon les études, une réduction de la mortalité évaluée de 20 à 30 %.

Avec 286 146 femmes dépistées pendant les deux années 2009-2010 sur 466 730 âgées de 50 à 74 ans (population cible), le taux de participation au dépistage du cancer du sein est en moyenne en Bretagne de 61,3 % contre un taux de 52,1 % en moyenne sur France entière. La Bretagne est la région qui détient la plus forte moyenne des régions françaises même si les départements connaissent des taux différents :

- Côtes d'Armor : 59,8 %
- Finistère : 60,4 %
- Ille-et-Vilaine : 60,4 %
- Morbihan : 64,7 %

Pour autant aucun département sur cette période 2009-2010, n'atteint le seuil de référence de 70 % préconisé au niveau européen.

- **Elaborer un programme d'actions pour améliorer la politique vaccinale :**
 - Sélectionner les vaccinations à promouvoir,
 - Proposer et mettre en œuvre des actions adaptées aux vaccinations ciblées.
- **Associer les professionnels de santé libéraux à l'élaboration des programmes de prévention et à leur déclinaison au sein des territoires, dans le cadre notamment des programmes territoriaux de santé et des contrats locaux de santé.**
 - Inciter à inscrire les actions de prévention et de dépistage dans les projets d'organisation des professionnels de santé libéraux,
 - Impliquer les professionnels de santé libéraux dans les campagnes de dépistage des cancers.
 - **Définir avec les collectivités territoriales les programmes de santé à mener dans les domaines où elles sont compétentes** (soit du fait des populations concernées, soit du fait du champ d'activité concerné)
 - **Intégrer toute action de dépistage organisé dans un parcours de santé cohérent et coordonné** entre les acteurs du soin et du médico-social
 - déployer l'accord-cadre sur le repérage précoce des troubles de l'apprentissage chez les enfants.

Les professionnels de santé libéraux seront associés à la mise en œuvre des actions de prévention au niveau des territoires. Les actions en matière de prévention et de promotion de la santé ont en effet vocation à être déclinées dans le cadre de l'élaboration des programmes territoriaux de santé et des contrats locaux de santé.

4.2.3 Les modalités

Les moyens, leviers ou outils disponibles pour atteindre ses priorités peuvent être :

- La commission de coordination des politiques publiques et la commission prévention de la CRSA, les conférences de territoires,
 - Les conventions de partenariat avec les collectivités territoriales,
- Les groupes de travail.

4.3 AGIR AUPRÈS DES PATIENTS ET DE LEUR ENTOURAGE DANS UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ, EN DÉVELOPPANT NOTAMMENT L'ACCOMPAGNEMENT ET ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT DANS LA RÉGION

4.3.1 Les stratégies et les acteurs

L'objectif général est d'agir auprès des patients et de leur entourage dans une approche globale de la santé. De même que pour l'éducation pour la santé, on retrouve le rôle prépondérant des acteurs relais pour le développement des compétences individuelles favorables à la santé et la contribution des collectivités territoriales pour l'amélioration des conditions de vie et de l'accès aux services de santé.

L'ARS soutient les programmes permettant le développement de la prévention au bénéfice des patients et de leur entourage. Elle favorise l'organisation des services spécialisés afin de favoriser l'égal accès de la population sur l'ensemble du territoire breton, notamment au travers des autorisations de programmes d'éducation thérapeutique qu'elle délivre. Cette procédure est un outil au service de l'organisation. Cette formalisation de l'Education Thérapeutique du Patient (ou ETP) en programme n'est toutefois pas exclusive. D'autres actions s'inscrivent dans le champ de l'Education Thérapeutique du Patient dans la mesure où elles intègrent une posture éducative. Des programmes d'accompagnement peuvent être proposés en alternative ou en complément.

La mise en œuvre de l'éducation thérapeutique est réalisée par les professionnels de santé libéraux et hospitaliers (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, diététiciens), les autres professionnels (psychologues, éducateurs en activité physique adaptée, travailleur social...) et les patients. Les orientations précisées ci-dessous s'inscrivent dans une meilleure prise en charge du patient atteint de pathologies chroniques et sont en cohérence avec les préconisations affichées dans le SROS et le SROMS sur ce volet.

4.3.2 Les objectifs régionaux

L'ETP est une démarche de prévention au bénéfice du patient et de son entourage. L'offre présente sur la région BRETAGNE est diversifiée, hétérogène et peu coordonnée.

Les priorités à développer sont :

- **Organiser l'éducation thérapeutique par territoire de santé :**

- affiner l'état des lieux en précisant les rôles des différents acteurs de santé dans les actions d'Education Thérapeutique du Patient,
- susciter les coopérations entre l'ambulatoire et l'hospitalier autour de programmes communs par territoire,
- développer la coordination des acteurs,
- envisager les mutualisations des équipes, des activités, des outils autour de certaines typologies de pathologies tant en interne dans les établissements qu'entre les acteurs au sein d'un territoire,
- inciter la délocalisation des actions pour garantir l'accessibilité à l'Education Thérapeutique du patient (géographique, sociale).

- **Informers les acteurs et les patients sur l'offre disponible en éducation thérapeutique sur les territoires :**

- développer un système d'information permettant d'identifier les acteurs et les programmes d'ETP en cours par territoire,
- faire connaître l'offre existante en région.

- **Garantir une offre d'ETP de qualité : la recherche de qualité doit être poursuivie et renforcée.**

- mener une réflexion régionale sur les diverses approches d'éducation thérapeutique s'inscrivant dans le parcours de soins du patient,
- s'appuyer sur la procédure d'autorisation des programmes d'ETP pour identifier et promouvoir les bonnes pratiques,
- mettre en place des indicateurs de qualité pour le suivi des programmes d'ETP autorisés,
- associer les patients et les acteurs du social à la définition et la mise en œuvre des actions et programmes,
- renforcer la professionnalisation des acteurs en développant les échanges de pratiques,
- développer des formations à l'ETP, adaptées aux besoins des professionnels impliqués.

Organiser les moyens financiers

Actuellement le financement de l'ETP est assuré soit par une enveloppe MIG ETP (établissements) soit par le FIQSV ((réseaux) Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins), soit par le FNPEIS (expérimentation ville), soit sur des fonds propres. Une meilleure visibilité des financements au regard des programmes autorisés est nécessaire.

- Mieux identifier les moyens financiers affectés en établissement et en ambulatoire,
- Proposer un dispositif de financement de l'ETP par territoire de santé.

4.3.3 Les modalités

Ces axes d'amélioration de l'offre d'Education Thérapeutique du Patient nécessitent de mettre en place une organisation suivante :

- un « pôle » régional de compétences et d'expertise en ETP (information, conseil méthodologique, outils, formation et recherche, diffusion des bonnes pratiques, lieu ressources...) ;
- un comité de pilotage régional par l'ARS avec les représentants des différents opérateurs, des patients, d'experts de l'ETP, d'institutionnels ;
- au niveau territoire de santé une instance d'organisation des programmes et acteurs de l'ETP ;
- Poursuivre la procédure d'autorisation des programmes d'ETP et l'inscrire dans une offre harmonisée privilégiant une démarche d'articulation et de mutualisation entre les programmes existants.

5. PLAN D'ACTION GLOBAL AU VOLET PPS

Le plan d'actions, ci-dessous, présente de manière détaillée les actions, délais, moyens, leviers et indicateurs attachés à chaque objectif du schéma.

Orientations	Objectifs	Plan d'actions	Délai de réalisation	Moyens, leviers	Indicateurs
Promouvoir et animer la promotion de la santé en Bretagne autour de principes d'intervention partagés et d'une organisation structurée : <u>renforcer la dimension politique et sociale de la promotion de la santé dans la région</u>	Améliorer la coordination entre les acteurs institutionnels	Faire partager des principes d'intervention en PPS entre les partenaires institutionnels régionaux	2011-2012	CCPP, pôle de compétences	
		Réaliser un état des lieux des actions de PPS menées sur la santé de l'enfant et du jeune, la nutrition, la santé environnementale et la santé précarité, par les partenaires de la CCPP	2011	CCPP	
		Identifier les complémentarités inter-institutionnelles sur les champs communs	2012	CCPP, comités techniques	
		Etablir des conventions de partenariat en s'engageant sur des axes de travail partagés	2012-2015	CCPP, Conventions de partenariat	Nb. de conventions signées avec les partenaires institutionnels
		Organiser la concertation des financeurs pour l'attribution de financements	2012-2015	CCPP	
	Promouvoir la PPS	Positionner le pôle de compétences comme référent sur les concepts et les approches à développer en PPS	2011-2012	Instances ARS	Effectivité de la signature convention ARS/pôle de compétences
		Mettre en place des rencontres régionales pour favoriser l'appropriation et la mise en œuvre du schéma régional de prévention	2012	CSP, CCPP, document de communication, réunions d'information, conférences de territoires	Nb. de rencontres régionales réalisées pour favoriser l'appropriation et la mise en œuvre du SRP
		Relayer la stratégie régionale de l'ARS	2011-2015	Document de communication, instances de l'ASR	
	Veiller à la coordination des acteurs de terrain de la PPS	Mettre en place un groupe de pilotage de la PPS par territoire de santé	2012	conférences de territoires	Nb. de groupes de pilotage de la prévention et promotion de la santé mis en place
		Identifier des territoires prioritaires	2011 -2015	Groupe de travail groupe régional	Nombre de CLS mis en place en lien avec la PPS
		Formaliser les modalités de travail et d'échanges entre les différents niveaux territoriaux	2011	Instances de l'ARS	

Orientations	Objectifs	Plan d'actions	Délai de réalisation	Moyens, leviers	Indicateurs
Promouvoir et animer la promotion de la santé en Bretagne autour de principes d'intervention partagés et d'une organisation structurée : <u>renforcer la dimension politique et sociale de la promotion de la santé dans la région</u>	Développer la démocratie sanitaire	Favoriser l'association des représentants d'usagers à la mise en œuvre du schéma régional de prévention	2012	collège3 de la CRSA, commission des usagers, commission spécialisée prévention	Nb. de réunions d'informations et d'échanges avec les associations d'usagers
		Inciter les opérateurs et collectivités territoriales à associer la population dans l'élaboration et la construction de projets	2012-2015	Conférences de territoires, instances ARS, animation territoriale, acteurs de la PPS	
	Développer les compétences des acteurs sur la prévention et promotion de la santé	Définir les besoins en région	2012		Nb. de formations en prévention et promotion de la santé dispensées
		Etablir une offre de formation	2012	Pôle de compétences	
		Dispenser les formations	2012-2015		

Orientations	Objectifs	Plan d'actions	Délai de réalisation	Moyens, leviers	Indicateurs
Promouvoir et animer la promotion de la santé en Bretagne autour de principes d'intervention partagés et d'une organisation structurée : <u>développer une offre de qualité de l'éducation pour la santé dans les territoires bretons</u>	Promouvoir une approche positive et globale de la santé	Rédiger un document de référence partagé sur les modalités d'intervention en PPS avec les acteurs de terrain	2011-2012	Groupe de travail régional avec les acteurs de la PPS, Rédaction de document de référence	Effectivité de la rédaction d'un document de référence sur les modalités d'intervention en PPS
	Promouvoir une approche positive et globale de la santé	Faire adhérer les opérateurs par la signature d'une charte d'engagement		Instances de l'ARS	Part d'opérateurs qui signent le document de référence sur les modalités d'intervention en PPS
		Engager une réflexion sur l'approche populationnelle	2012	Groupe de travail régional, pôle de compétences	
	Poursuivre la professionnalisation des acteurs	Promouvoir le rôle du pôle de compétences	2012-2015		
		Former les opérateurs à la méthodologie de projet dont l'évaluation	2012-2015	Pôle régional de compétences	Nb. d'opérateurs formés à la méthodologie de projet
		Diffuser et promouvoir les références aux bonnes pratiques professionnelles et développer l'échange de pratiques	2012-2015		

Orientations	Objectifs	Plan d'actions	Délai de réalisation	Moyens, leviers	Indicateurs
Promouvoir et animer la promotion de la santé en Bretagne autour de principes d'intervention partagés et d'une organisation structurée : <u>développer une offre de qualité de l'éducation pour la santé dans les territoires bretons</u>	Mieux identifier les acteurs et les actions de la PPS	Créer un système d'informations pour la PPS à l'aide de l'outil OSCARS, qui permettra de cartographier l'essentiel des acteurs de la PPS.	2011-2012	Instance de l'ARS	Effectivité de la mise en place de la base de données PPS
		Mobiliser les opérateurs pour qu'ils participent à la mise en place et à l'utilisation de ce SI	2011-2012	CCPP	
		Réaliser et diffuser un état des lieux annuel des actions menées à partir du SI	Annuel à partir de 2012	Instance de l'ARS	
	Renforcer le suivi et l'évaluation des actions financées par l'ARS	Valoriser les outils régionaux de suivi des actions	2011		Effectivité de la redéfinition de la fiche d'auto-évaluation
		Réaliser un bilan régional annuel du suivi des interventions PPS financées	2012-2015	Instances de l'ARS	
		Définir un programme d'évaluation annuel, au regard notamment des points de vigilance exprimés par la commission spécialisée prévention : - le soutien effectif à des actions répondant aux critères de qualité de la promotion de la santé, à savoir l'équité, la participation, la pluridisciplinarité et l'intersectorialité, l'approche globale, la prise en compte des déterminants de la santé ; - l'accroissement de l'accessibilité de toute la population à une prévention et une éducation pour la santé de qualité ; - la reconnaissance et le renforcement du maillage territorial de proximité; - l'attention accordée à la coordination de ces actions locales; - le soutien à une évaluation rigoureuse des actions ; - la clarification et le renforcement des liens entre le SRP et le PRSE.	2012-2015		
	Faire évoluer les modes de financements	Favoriser la fongibilité des enveloppes au profit des interventions PPS	2012-2015		
		Négocier des CPOM avec les principaux opérateurs de la PPS	2011-2015	Instances de l'ARS	Part des crédits d'intervention gérés dans le cadre de CPOM signés avec les opérateurs
		Expérimenter une commande publique	2012-2013		
		Mieux cibler l'appel à projets sur des priorités identifiées	2011		

Orientations	Objectifs	Plan d'actions	Délai de réalisation	Moyens, leviers	Indicateurs
Mobiliser les acteurs de la prévention sélective autour de programmes ciblés pour des populations présentant des risques spécifiques	Développer des actions de prévention sélective auprès de populations ciblées	Définir des critères de sélection des publics prioritaires	2011		Effectivité d'une proposition d'un programme d'actions par sous-groupes de population ciblées
		Cibler quelques sous-groupes de population	2012	Groupe de travail thématique régionale	
		Proposer et mettre en œuvre un programme d'actions pour chaque sous-groupe ciblé	2012-2013		
	Augmenter la participation des publics cibles aux campagnes nationales de dépistage	Réorganiser les dispositifs CDAG et CIDDIST pour le dépistage des IST	2012		Effectivité de la rédaction d'un cahier des charges régional des dispositifs CDAG et CIDDIST
		Développer des outils de sensibilisation/communication pour améliorer le dépistage des cancers du sein et colorectal	2012-2015		
	Elaborer un programme d'actions pour améliorer la politique vaccinale	Sélectionner les vaccinations à promouvoir	2012		
		Proposer et mettre en œuvre des actions adaptées aux vaccinations ciblées	2012-2015		Effectivité de la mise en place d'un outil de veille sur les taux de vaccination
	Associer les professionnels de santé libéraux à l'élaboration des programmes de prévention	Inciter à inscrire les actions de prévention et de dépistage dans les projets d'organisation des PS libéraux	2012-2015		Part des projets intégrant des actions de prévention et de dépistage dans les projets d'organisation des PS libéraux
		Impliquer les PS libéraux dans les campagnes de dépistage des cancers	2012-2015		
	Définir avec les collectivités territoriales les programmes de santé à mener				
	Intégrer toute action de dépistage organisé dans un parcours de santé cohérent et coordonné	Déploiement de l'accord-cadre sur le repérage précoce des troubles de l'apprentissage chez les enfants	2012-2015		N.B. de territoires ayant adhéré à l'accord-cadre sur le repérage précoce par les professionnels de santé libéraux, des troubles de l'apprentissage chez les enfants

I. LE SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

Orientations	Objectifs	Plan d'actions	Délai de réalisation	Moyens, leviers	Indicateurs
Agir auprès des patients et de leur entourage dans une approche globale de la santé, en développant notamment l'éducation thérapeutique	Organiser l'éducation thérapeutique par territoire de santé	Affiner l'état des lieux en précisant les rôles des différents acteurs de santé dans les actions d'ETP Susciter les coopérations entre l'ambulatoire et l'hospitalier autour de programmes communs par territoire Développer la coordination des acteurs Envisager la mutualisation des équipes, des activités, des outils autour de certaines typologies de pathologies Inciter la délocalisation des actions pour garantir l'accessibilité à l'ETP	2011-2015 2011-2015 2011-2015 2011-2015	Comité de pilotage territorial ETP : instance de coordination territoriale	Nombre de programmes d'ETP mis en place par territoire
	Informers les acteurs et les patients sur l'offre disponible en ETP par territoire	Développer un système d'information	2011-2015	Cf. système d'information PPS précédent	Effectivité de la mise en place de la base de données (idem prévention et promotion de la santé)
		Faire connaître l'offre existante en région	2011-2015		
	Garantir une offre d'ETP de qualité	Mener une réflexion régionale sur les diverses approches d'éducation thérapeutique s'inscrivant dans le parcours de soins du patient	2011-2015	Pôle de compétences en ETP régional	
		Identifier et promouvoir des bonnes pratiques en ETP en s'appuyant sur les autorisations délivrées	2011-2015	Pôle de compétences en ETP régional	
		Mettre en place des indicateurs de qualité pour le suivi des programmes d'ETP autorisés	2011-2015	Groupe de travail ARS	Part de programmes qui répondent aux critères de qualité
		Associer les patients et les acteurs du social à la définition et la mise en œuvre des actions et programmes	2011-2015		
		Renforcer la professionnalisation des acteurs en développant les échanges de pratiques	2011-2015	Réunions territoriales	
		Développer des formations à l'ETP	2011-2015	Réunions territoriales	
	Organiser les moyens financiers	Mieux identifier les moyens financiers affectés en établissement et en ambulatoire	2011-2015	Groupe de travail, instances de coordination territoriale	Effectivité de la production d'une note de synthèse sur la répartition des financements (ambulatoire/hospitalier)
		Proposer un dispositif de financement de l'ETP par territoire de santé	2011-2015		

6. ACTIONS THÉMATIQUES PRIORITAIRES

Les thématiques prioritaires ont été définies à partir des objectifs et sous-objectifs de la priorité 1 « Prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie » du PSRS, à savoir :

- « **Promouvoir des comportements favorables à la santé tout au long de la vie** » où apparaissent les sous-objectifs :
 - Promouvoir des comportements favorables à la santé en matière de nutrition et d'activité physique,
 - Prévenir les conduites à risque,
 - Prévenir les comportements suicidaires,
 - Promouvoir les dépistages des maladies à forte incidence ou fort retentissement psychosocial,
- « **Promouvoir l'égalité devant la santé** »,
- « **Prévenir l'exposition de la population aux facteurs de risques environnementaux** ».

6.1 LA PRÉVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES

6.1.1 Le contexte

En raison de leurs prévalences dans nos sociétés actuelles et de leurs impacts multiples dans le domaine sanitaire et social, les conduites addictives restent un problème majeur de santé publique.

Depuis le fin des années 90, la politique nationale concernant la prévention et la prise en charge des addictions a profondément évolué ; après une approche par produit (lutte contre l'alcoolisme, lutte contre les toxicomanies), l'approche est désormais commune sur les conduites addictives. Différents travaux⁽⁶⁾ ont mis en évidence notamment les modes d'actions communs aux différentes substances et l'importance des poly-consommations et des passages d'un produit à l'autre. Globalement les conduites addictives se caractérisent par l'impossibilité de contrôler un comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance des conséquences négatives.

L'approche est désormais fondée sur la classification internationale des maladies (CIM 10) indépendamment du caractère licite ou pas du produit :

L'usage : consommation de substances psycho-actives n'entraînant ni complications somatiques ni dommages sociaux ou sanitaires.

L'usage nocif ou abus (DSM) : consommation répétée induisant des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, pour le sujet ou son entourage.

La dépendance : l'arrêt du produit (sevrage) entraîne un manque qui peut être physique et/ou psychique, la personne est en état de sujétion à l'usage du produit. Le temps consacré à la recherche et la consommation du produit entraînent une diminution des autres activités.

L'objet d'addiction peut être une substance psycho-active, mais également un comportement (travail, jeux, sexe, sport...).

Les conduites addictives se comprennent dans un équilibre entre des facteurs inhérents au(x) produit, des facteurs de variabilité individuels et un contexte environnemental (familial, social, culturel) et des facteurs de protection (en particulier compétences psychosociales).

⁽⁶⁾ Rapport Parquet « pour une politique de prévention en matière de comportements de consommations de substances psychoactives » et rapport Roques sur la dangerosité des drogues

a) Données épidémiologiques

La Bretagne apparaît particulièrement concernée par ces comportements : les conduites addictives représentent la première cause de mortalité évitable en Bretagne.

> Alcool

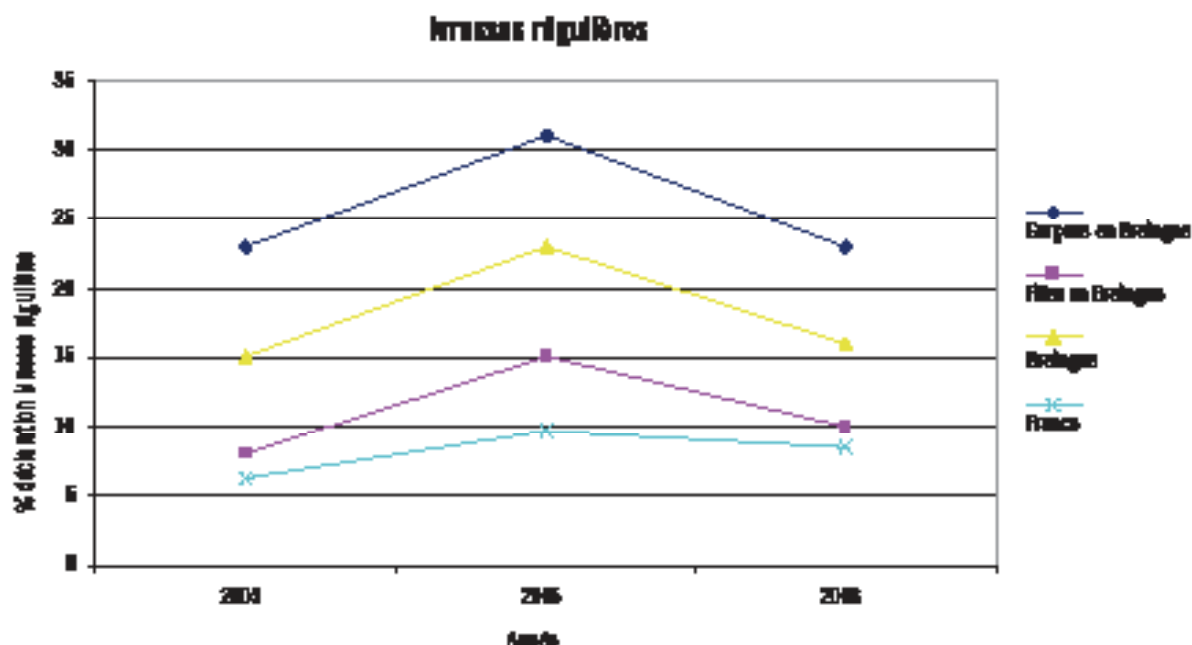
L'alcool, une particularité bretonne sur les consommations à risques

La particularité de la Bretagne porte sur les consommations à risque : les consommations ponctuelles excessives et les ivresses. Dans notre région, les ivresses sont plus fréquentes comparativement à la moyenne française chez les adultes et ce, quelle que soit la fréquence des ivresses 2 : ivresse au cours de l'année ; ivresses répétées (>3 fois dans l'année) ; ivresses régulières (>10 fois dans l'année).

% déclarations au cours de l'année	Bretagne	National
Ivresses au cours de l'année	23	15
Ivresses répétées	10	5,7
Ivresses régulières	4	1,9

Source : Baromètre santé INPES 2005. Les ivresses déclarées des 15-75 ans au cours de l'année, répétées et régulières en Bretagne (hommes+femmes) et en France

Dans la région la consommation d'alcool chez les jeunes se distingue également très nettement de la métropole pour la pratique de l'ivresse : 39 % des jeunes bretons déclarent des ivresses répétées pour 25,6 % des jeunes français en moyenne. Les mêmes constats sont faits sur les ivresses régulières.



Source : ESCAPAD OFDT (2003, 2005 et 2008). Les ivresses régulières des jeunes de 17 ans depuis 2003 en Bretagne (Garçons ; Filles) et en France.

En Bretagne, le Morbihan, puis le Finistère et les Côtes-d'Armor sont les plus concernés par les ivresses répétées ⁽⁷⁾.

La mortalité prématurée de la population bretonne est supérieure à la moyenne française, notamment en raison des cancers des voies aérodigestives, des cirrhoses alcooliques et des accidents corporels impliquant l'alcool.

La Bretagne est la troisième région pour les décès avant 65 ans par alcoolisme et cirrhose ⁽⁸⁾.

> Tabac

La Bretagne se situe à la deuxième et quatrième place en termes de ventes de tabac, respectivement concernant les ventes de roulé par habitant et de ventes de cigarettes. De même, elle se classe septième en ce qui concerne les décès avant 65 ans par tumeurs de la trachée, des bronches et des poumons. La situation en 2009 est stable par rapport à 2008. La fréquence du cancer du poumon a été multipliée en France par 4 en dix ans chez les femmes de 35 à 45 ans (source Inserm). La Bretagne ne fait pas exception mais il existe de fortes disparités infra régionales : le Finistère et le Morbihan sont plus concernés.

> Produits illicites

Concernant le cannabis, la Bretagne est une des régions de France où ce produit est le plus consommé parmi les jeunes de 17 ans : l'usage régulier en Bretagne, supérieur à la moyenne française en 2005 (14 % pour 10,8 % en moyenne des régions françaises⁽⁹⁾) a diminué ces dernières années pour revenir au même niveau que la moyenne française (7 %, chiffres Iliad 2009). La Bretagne se situe en milieu de classement par rapport aux autres régions sur les interpellations des usagers de cannabis.

Concernant la réduction des risques, les usagers de drogues sont les plus concernés par les hépatites B et C (2 300 à 4 400 nouveaux cas par an en 2003 : **plan national de lutte contre les hépatites B et C de 2009**). L'usage de drogues est le mode de transmission principal du VHC.

ZOOM : ADDICTIONS CHEZ LES JEUNES BRETONS

Tabagisme quotidien

- > 19 % des jeunes scolarisés et 30 % des jeunes de 17 ans
- > Consommation comparable en Bretagne et en France et comportement comparable chez les filles et les garçons 40 % des jeunes souhaitent arrêter

Alcool : comportements à risque plus fréquents

- > Usage régulier en diminution et comparable à la France
- > 39 % des jeunes de 17 ans déclarent des ivresses répétées (France 26 %)
- > Consommation de plus de 5 verres en une occasion 26 % des Bretons (19,7 % des Français)
- > Prédominance des garçons

Cannabis

- > Expérimentation comparable à la France : 46 % à 17 ans (filles=garçons)
- > Usage quotidien : 4 % des garçons de 17 ans

Tous les indicateurs sont en diminution entre 2005 et 2008, plus fortement en Bretagne qu'en France.

> Addictions aux jeux

En France, en 2009, sur les douze derniers mois (source : baromètre santé 2009) :

- 47,8% des adultes ont joué de l'argent,
- 10,9 % ont joué plus de 52 fois,
- 4,7 % ont dépensé plus de 500 euros.

On estime que la prévalence des "joueurs présentant un risque modéré" est de 0,9 % de la population et celle des "présentant un risque de jeu excessif" est de 0,4 %. La consommation de produits psychoactifs est plus fréquente chez les joueurs excessifs.

Il existe plusieurs profils de joueurs :

Joueur sans risque : aucunes difficultés par rapport à sa conduite au jeu,

Joueur à risque faible : peu de chance de se retrouver en difficultés,

Joueur à risque modéré : il pourrait se trouver en difficultés,

Joueur excessif : joueur se trouvant en grandes difficultés,

Joueur problématique : terme générique d'origine anglaise qui regroupe les joueurs à risque modéré et excessif.

(9) Etat des lieux des phénomènes liés aux drogues et dépendances en Bretagne, tableau de bord 2007, CIRDD Bretagne, ORSB, DRASS de Bretagne

b) Plans et orientations nationales

Face à ces addictions, les autorités publiques ont mis en place des plans d'action et d'intervention :

Plan 2007-2011 pour la prise en charge et la prévention des addictions, ministère de la santé

Le plan Addictions 2007-2011 de prise en charge et de prévention des addictions est une réponse globale à ce problème de santé publique : ce sont 77 millions d'Euros chaque année pendant cinq ans qui doivent permettre de renforcer et coordonner les dispositifs existants, ainsi que de développer les ressources à toutes les étapes de la prise en charge. L'action publique se situe sur tous les volets : prévention, médico-social et sanitaire.

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 « plan MILDT »

Son plan 2009-2011 vise à réduire les consommations chez les jeunes notamment, à réduire les risques routiers, les accidents du travail liés à l'alcool. Le plan cible plus particulièrement les jeunes et cherche à responsabiliser les adultes à leur contact (école, parents, cité). La prévention en milieu pénitentiaire est également une priorité. La prévention passe également par une information validée et une adaptation des mesures législatives. Un nouveau plan est actuellement en cours d'élaboration au niveau national.

Plan cancer 2009-2013

Le plan cancer 2009-2013 comporte un axe prévention, dans lequel s'inscrit la mesure 10 « Poursuivre la lutte contre le tabac ». L'objectif général est de réduire la prévalence du tabagisme dans la population française de 30 à 20 %. ; Il s'agit en particulier de développer l'information sur les risques du tabagisme et de renforcer l'accessibilité au sevrage tabagique, notamment pour les femmes enceintes.

Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012

Plusieurs axes du plan hépatites sont en lien avec la politique de santé publique concernant les addictions.

Le premier axe stratégique vise à la réduction de la transmission des virus B et C, avec 4 objectifs :

- > Renforcer l'information et la communication sur les hépatites B et C... particulièrement les usagers de drogues ,
- > Augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B. cette mesure concerne en particulier les usagers des CSAPA,
- > Renforcer la réduction des risques chez les usagers de drogues.

Le deuxième axe stratégique est le renforcement du dépistage des hépatites B et C ; les actions devront être menées dans les lieux fréquentés par les usagers de drogues.

S'agissant du troisième axe, renforcement de l'accès aux soins, les liens devront être créés entre le dispositif d'addictologie et les services spécialisés.

Plan d'actions stratégiques 2010-2014 relatif à la politique de santé pour les personnes sous mains de justice

L'axe 2, prévention et promotion de la santé, prévoit l'évaluation de l'application des recommandations de réduction des risques en milieu carcéral (eau de javel, préservatif, gels, traitement de substitution, traitement post-exposition) et l'actualisation des recommandations. La continuité des traitements de substitution à l'entrée est également une priorité développée dans l'axe 2 ; plus globalement les programmes d'éducation à la santé et de promotion de la santé seront soutenus. Une instruction du 17 novembre 2010 précise ces modalités.

c) Historique en Bretagne

Cette thématique des addictions s'est déclinée dans le **PRAPS 2 (2003-2006)**, le **SROS 3 (2006-2010)** ou encore dans le **SROSMS 2009-2011**. La prévention des addictions a ainsi fait l'objet d'un « volet conduites addictives » au sein du **Plan Régional de Santé Publique 2006-2010**.

Son objectif général était de réduire les consommations de substances psycho actives licites et illicites, notamment chez les jeunes et d'améliorer la coordination entre secteurs avec par exemple un renforcement de la continuité des soins médicaux et paramédicaux en alcoologie, ou une plus grande complémentarité avec l'offre de soins hospitalière et la médecine de ville.

Le plan comportait 28 objectifs et 33 actions : 10 objectifs sur la prévention, 8 objectifs sur le repérage, 7 objectifs sur la réduction des risques, un objectif spécifique visant à améliorer la prise en charge des conduites addictives et 3 objectifs concernant l'observation, la formation et l'information.

La prévention des conduites addictives est également développée dans chacun des 4 départements bretons dans le cadre de la déclinaison départementale du plan « MILDT » établi sur la période 2009-2011. Dans chaque département, le chef de projet MILDT s'appuie sur un médecin inspecteur de santé publique pour l'élaboration du volet prévention.

Les addictions font l'objet d'une implication forte des partenaires en Bretagne.

6.1.2 Les axes prioritaires de prévention des conduites addictives pour la région Bretagne

Les stratégies de prévention des conduites addictives peuvent être déclinées suivant les trois axes du SRP :

a) Promotion de la santé

L'objectif est de prévenir la survenue de consommation (ou du comportement) ou de retarder l'expérimentation de produits psycho-actifs.

Actions :

- La prévention des conduites addictives s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé qui doit mobiliser différents partenaires réunis notamment dans la commission de coordination des politiques. Il s'agit d'un ensemble d'actions complémentaires qui doivent être articulées entre les acteurs et dans les territoires.
- Les actions de promotion de la santé doivent améliorer l'information du grand public et des publics cibles (jeunes, parents, adultes, femmes en âge de procréer...) en s'appuyant sur les outils existants et en faisant des points d'information régulier.
- Les actions d'éducation pour la santé :
- Les actions d'informations du grand public et des publics cibles pourront relayer les campagnes d'information nationale.
- Les actions d'éducation pour la santé en direction des jeunes viseront à développer les compétences psychosociales. Elles devront s'appuyer sur des outils validés, soit au niveau national, ou régional, ou faire l'objet d'une évaluation ; ces actions visent à renforcer les facteurs de protection des jeunes, des étudiants ou des actifs, à les informer des risques liés aux comportements addictifs et à favoriser leur réflexion. Ces actions pourront concerner les jeunes eux-mêmes : dans le milieu scolaire et universitaire dès le plus jeune âge et dans les lieux fréquentés par les jeunes. Des recommandations seront élaborées sur ce point.
- Les actions d'éducation pour la santé devront également s'intéresser aux adultes en contact avec les jeunes et étudiants (communauté éducative, animateurs jeunesse...), en particulier sous forme de sensibilisation, formation, accompagnement de projet... Un travail de coordination des adultes intervenant auprès des jeunes sur chaque territoire sera recherché. Un tableau de bord régional servira de socle de connaissances communes sur les addictions en Bretagne.

b) Prévention sélective, repérage, réduction des risques

• Prévention sélective

Actions :

- La sensibilisation des femmes en âge de procréer et de leur entourage doit être poursuivie.
- La prévention sélective concerne également certains jeunes plus exposés aux risques d'addictions.

• Repérage

Actions :

- Pour les femmes en âge de procréer, l'objectif est de diminuer, voir d'interrompre les consommations de produits psychoactifs pendant la grossesse. Les actions viseront à sensibiliser les professionnels et à les former aux outils de repérage validés (RPIB). Les professionnels concernés sont principalement ceux du soin (professionnels de premier recours, de la périnatalité, de l'addictologie) et du social.
- Les actions de repérage des consommations à risque chez les jeunes nécessitent un renforcement de la formation des médecins libéraux et des professionnels de santé scolaire et universitaire, un développement des lieux de repérage, dont des consultations jeunes consommateurs et l'intervention des équipes de liaison en milieu hospitalier. Pour la problématique des ivresses, un état des lieux régional sera réalisé, l'élaboration de protocole de repérage au sein des services d'urgences, ainsi qu'une meilleure coordination des acteurs d'amont et d'aval.
- Pour les personnes détenues, la désignation dans chaque établissement pénitentiaire d'un coordonnateur est à développer, ainsi que la formalisation de protocoles entre les différents intervenants (UCSA, équipes de psychiatrie, CSAPA en particulier)
- Pour les actifs, le repérage peut être amélioré par la sensibilisation et la formation des médecins et infirmières du travail et la meilleure connaissance des structures et filières de prise en charge et par une sensibilisation et un accompagnement des entreprises.
- Pour les personnes ayant commis une infraction à la législation des stupéfiants ou en lien avec une consommation d'alcool, une injonction thérapeutique peut être prononcée à tous les stades de la procédure; un médecin relais désigné par l'ARS sera chargé de repérer les modes de consommation de la personne concernée et d'évaluer le bien fondé d'une injonction thérapeutique. Ce dispositif sera expérimenté sur une juridiction de Bretagne.

• Actions de réduction des risques

La prévention repose sur l'éducation à la santé par les pairs et par les professionnels en contacts avec la population présentant des conduites à risques liées aux consommations de produits psychoactifs.

Actions :

- Un développement des CAARUD (lien avec fiche SROMS addiction) est souhaité ainsi qu'une meilleure coordination et visibilité des actions des acteurs intervenant en milieu festif, en particulier le collectif l'Orange Bleue et certains acteurs de la sécurité routière.
- La réduction des risques infectieux demande un renforcement de la pratique du dépistage et de vaccination chez les usagers de drogues (lien avec fiche SROMS addiction) et chez les personnes détenues.
- Le développement de la diffusion de matériel de réduction des risques doit être renforcé en milieu festif et auprès des usagers des CAARUD, en lien notamment avec les collectivités locales et pour les personnes détenues.
- Pour les usagers de drogues, la prescription de produits de substitution doit être développée dans le respect des bonnes pratiques et de la réglementation (lien avec fiche SROMS addiction)
- La réduction des risques en milieu du travail concerne les risques liés à la consommation d'alcool, de produits illicites et de médicaments, en particulier dans le cadre de la conduite de véhicule ou d'utilisation de machine. Les actions reposent surtout sur l'information sensibilisation, sur les services de santé au travail pour le repérage, les visites d'aptitudes, l'identification de ces risques dans le document unique.

c) Prévention au bénéfice du patient et de son entourage

• Accompagnement de la personne et de son entourage

Actions :

- Les associations d'entraide doivent être confortées dans leurs missions d'information et d'accompagnement. Un renforcement de leurs compétences et une meilleure coordination dans la prise en charge et le suivi avec les structures de soins sont à rechercher. Une meilleure visibilité de leurs actions et territoires d'intervention sera réalisée.

• Education thérapeutique

L'ETP est inscrite dans le plan national pour la prise en charge et à la prévention des addictions 2007-2011. L'accompagnement de la personne malade peut également s'appuyer sur des programmes d'ETP spécifiques.

6.1.3 Le plan d'actions et les indicateurs

Objectifs et actions prioritaires concernant la promotion de la santé

Objectifs prioritaires	Actions	Indicateurs
Renforcer l'approche globale sociale et politique	- Favoriser le travail partenarial entre les acteurs dans le cadre de la CCPPP* par la mise en place d'un comité thématique sur cette thématique (élus, institutionnels, professionnels de santé et social, associatifs) - Poursuivre la coordination avec les Préfets dans le cadre des plans MILDT - Formaliser le travail en réseau entre les professionnels sur des territoires de proximité (charte de bonnes pratiques, conventions) - Mettre un tableau de bord commun à la disposition des partenaires pour améliorer la connaissance sur les consommations, les publics - Présenter le tableau de bord lors d'une journée en 2012 et 2015	Effectivité de la publication du tableau de bord commun pour améliorer la connaissance sur les consommations et les publics en 2012 et 2015
Améliorer l'information du grand public et des publics cibles (jeunes, parents, adultes, femmes en âge de procréer...)	- Repérer les outils d'informations existants pour le grand public et les publics cibles - Organiser régulièrement des temps forts d'information du public	
Développer l'information et sensibilisation des employeurs et des salariés	- Développement d'actions d'information dans le milieu du travail	
Mieux cibler et améliorer les actions d'éducation pour la santé dont le développement des compétences psychosociales en direction des jeunes	- Définir et mettre en œuvre une stratégie d'intervention partagée en milieu scolaire et extra scolaire précisant les publics, les territoires cibles et les acteurs - Elaborer un programme d'actions sur la base d'outils et méthodes d'intervention validés en milieu scolaire et extra scolaire	Effectivité de la production d'un cahier des charges relatif à la stratégie régionale d'intervention en milieu scolaire et extra-scolaire
Renforcer les compétences des adultes en contact avec les jeunes	- Actions de formation ou sensibilisation - Actions de coordination par territoire des adultes intervenant auprès des jeunes	

* Commission de coordination des politiques publiques de santé dans le domaine de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile

Objectifs et actions prioritaires concernant la prévention sélective, le repérage et la réduction des risques

Objectifs prioritaires	Actions	Indicateurs
Définir le rôle de prévention des CSAPA	Réaliser un cahier des charges	
Mieux impliquer les professionnels libéraux dans la prévention et le repérage des conduites addictives	- Poursuivre le déploiement des formations au RPIB - Renforcer les liens entre les professionnels de santé libéraux et le dispositif spécialisé	Nombre de professionnels libéraux formés par an au RPIB (Repérage d'interventions brèves)
Améliorer le repérage des vulnérabilités psychologiques et sociales pendant la grossesse, dont la consommation de produits psycho actifs (cf fiche SROS Périnatalité)	- Développer les formations à l'entretien prénatal du 1er trimestre auprès des PSL - Proposer l'entretien prénatal précoce (EPP) à l'ensemble des femmes enceintes quel que soit leur lieu de primo consultation - Améliorer l'accès des femmes enceintes aux dispositifs de suivi et de prise en charge des addictions	
Mieux repérer les consommations à risque chez les jeunes	- Formation des professionnels - Adapter les modalités de repérage concernant les jeunes et améliorer la visibilité des lieux de repérage par les professionnels - Elaboration d'un protocole de repérage et orientation des jeunes accueillis aux urgences	Part des adolescents déclarant des ivresses répétées Part des adolescents ayant un usage régulier de cannabis
Mieux repérer les consommations à risques chez les personnes détenues	- Elaborer un protocole relatif à l'organisation de la prise en charge des addictions engageant les différents intervenants	
Mieux repérer les joueurs à risque modéré et les joueurs excessifs	- Réaliser une étude pour mieux appréhender cette question en Bretagne - Mettre en place une réflexion sur les modalités de prise en charge des joueurs excessifs	Effectivité de la mise en place d'une étude sur l'addiction aux jeux
Mieux repérer les consommations à risque chez les actifs	Sensibiliser et former les médecins et infirmières du travail sur une meilleure connaissance des structures et filières de prise en charge,	
Améliorer la réduction des risques en Bretagne	- Améliorer le suivi des CAARUD et définir leur territoire d'intervention (lien SROMS). - Engager une réflexion sur le développement des automates (échange de seringues) : lien SROMS. - Elaborer une charte pour assurer une meilleure coordination des acteurs intervenant en milieu festif, en particulier le collectif l'Orange Bleue et certains acteurs de la sécurité routière. - Renforcer la pratique du dépistage et de vaccination chez les usagers de drogues (lien avec fiche SROMS addiction) chez les personnes détenues. - Renforcer la diffusion de matériel de réduction des risques en milieu festif, auprès des personnes détenues et auprès des usagers des CAARUD, en lien notamment avec les collectivités locales (lien SROMS). - Mettre en place une commission de suivi des traitements de substitution, pour développer leur prescription dans le respect des bonnes pratiques et de la réglementation (lien SROMS). - Former les services de santé au travail au repérage des conduites addictives et sa mise en œuvre en particulier dans le cadre des visites d'aptitudes et l'identification des risques de conduites addictives dans le document unique.	Effectivité de la production d'une cartographie des interventions en milieu festif des CAARUD et du collectif Orange Bleue

Objectifs et actions prioritaires concernant la prévention au bénéfice du patient et de son entourage

Objectifs prioritaires	Actions	Indicateurs
Améliorer l'accompagnement des personnes et de leur entourage	Conforter les associations d'entraide : • Elaborer un état des lieux des mouvements d'entraide et de leurs activités • Renforcer leurs compétences notamment pour s'adapter aux nouveaux modes de consommation • Assurer une meilleure coordination avec le dispositif de prise en charge et de soins	Nombre de partenariats formalisés avec les associations d'entraide
Améliorer le suivi des familles à dysfonctionnement alcoolique	- Etudier les modalités de développement de l'action du réseau alcool 35 sur les autres territoires	
Lien avec le plan d'action SRP/ETP	Développer l'accompagnement et éducation thérapeutique du patient	

6.2 LA PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET LA PRÉVENTION DU SUICIDE

6.2.1 Le contexte

La santé mentale n'est pas seulement définie par l'absence de troubles et de handicaps mentaux. L'OMS définit la santé mentale comme un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans cette approche positive de la santé mentale, la promotion de la santé mentale renvoie au processus consistant à accroître la capacité des individus et des collectivités de se prendre en main et d'améliorer leur santé mentale.

a) Données épidémiologiques

Les données disponibles sur la santé mentale de la population générale en Bretagne concernent essentiellement le phénomène suicidaire. La Bretagne est la région la plus touchée de France par le suicide. En 2008, le suicide a été la cause de 817 décès en Bretagne, 596 chez les hommes, 221 chez les femmes. Bien que la mortalité par suicide soit, en Bretagne comme en France, en diminution depuis le début des années 1990, la région conserve une situation très défavorable par rapport à la moyenne nationale. Sur la période 2005-2007, la surmortalité atteint +59 % chez les hommes et +67 % chez les femmes. Si l'on observe les taux bruts de décès par suicide par tranche d'âge depuis 1996, année de mise en œuvre du premier programme régional de santé de prévention du suicide, on constate que la baisse a concerné essentiellement les jeunes (15-34 ans) et les personnes de plus de 55 ans.

Cette surmortalité est présente dans les 4 départements. Sur la période 2000-2006, tous les pays de Bretagne sont en situation défavorable avec des indices comparatifs de mortalité par suicide allant d'un minimum de + 23 % (pays de Rennes) à un maximum de + 131 % (pays de Guingamp) comparativement à la France métropolitaine.

Cette surmortalité est retrouvée pour les deux sexes et toutes les tranches d'âge.

Les décès par suicide sont plus nombreux chez les hommes, le rapport étant d'environ trois décès par suicide masculins pour un décès féminin.

La fréquence des décès par suicide augmente avec l'âge. Chez les 25-34 ans, le suicide est la première cause de mortalité.

Contrairement aux décès par suicide, il y a une prédominance féminine des tentatives de suicide, surtout chez les jeunes.

b) Plans nationaux

Suite à la reconnaissance du suicide comme problème de santé publique dans le courant des années 1990, une politique publique spécifique de prévention a été mise en place. Après un premier plan lancé en 1998, la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 s'est articulée autour de quatre axes prioritaires d'intervention :

- favoriser le dépistage de la crise suicidaire,
- diminuer l'accès aux moyens létaux,
- améliorer la prise en charge des suicidants,
- et approfondir la connaissance épidémiologique.

La prolongation des actions de la Stratégie 2000-2005 a été inscrite dans l'axe 4.1 « Dépression et suicide » du plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008.

Sur la base d'un rapport sur le problème du suicide abordé dans sa globalité, rapport remis par M. David Le Breton à la ministre chargée de la santé en avril 2009, une nouvelle stratégie pluriannuelle de prévention du suicide a été élaborée. Le programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 lancé le 9 septembre 2011 comporte 49 mesures regroupées en six axes :

- développement de la prévention et de la postvention,
- amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire,
- information et communication autour de la prévention du suicide,
- formation des professionnels,
- études et recherche,
- suivi et animation du programme national d'actions contre le suicide.

Le plan de prévention des suicides en prison annoncée le 18 août 2009 s'articule autour de quatre grands axes ; une meilleure formation des surveillants face au risque de suicides, la mise en place de matériel adapté dans les cellules, la mise en place de mesures particulières pour les quartiers disciplinaires, le développement des « détenus de soutien ».

La prévention des risques psycho-sociaux en milieu professionnel est un des objectifs de plan national de santé au travail 2010-2014.

Le 31 mars 2011, le ministre chargé de l'agriculture a présenté un plan de prévention du suicide dans le monde agricole et a confié à la MSA le soin de le mettre en œuvre. Ce plan comporte 3 axes : mieux connaître la réalité du suicide dans le monde agricole, mettre en place des dispositifs d'écoute pour les agriculteurs en situation de détresse, créer des cellules de prévention dans chaque caisse de la MSA pour repérer les agriculteurs en difficulté.

c) Historique en Bretagne

La première Conférence régionale de santé (1996) a fait de la prévention du suicide une priorité régionale ; le premier Programme régional de santé en Bretagne a porté sur « la souffrance psychique et le phénomène suicidaire » (1996 – 2000). Cette priorité régionale a été déclinée ensuite dans les Schémas régionaux d'organisation des soins. Le premier programme a permis une importante mobilisation d'acteurs de toute la région ; les principaux acquis en sont la levée du tabou chez les professionnels, la mise en place de nombreuses actions et expérimentations, la création de dispositifs spécialisés pour la prévention et la prise en charge, la réalisation de recherches qui ont permis d'améliorer les connaissances sur le phénomène.

Lors de la Conférence régionale du 20 février 2001, le jury avait recommandé l'élaboration d'un nouveau Programme de prévention du suicide.

Le programme régional de santé Prévenir le suicide en Bretagne 2004-2008, repris dans le plan régional de santé publique 2006-2010 avait pour stratégie de développer une approche globale visant à dérouler une chaîne de soins complémentaires et articulés : promotion de la santé mentale, prévention primaire spécifique, repérage et prise en charge, postvention. La formation, la production de référentiels et le fonctionnement en réseau ont été des leviers importants dans la mise en œuvre de programme.

Le 20 octobre 2007, le Conseil régional de Bretagne a organisé une conférence de consensus sur la prévention du suicide qui a permis d'établir des préconisations concernant le suicide de jeunes et des adolescents, le suicide au travail, le suicide des personnes âgées, l'information et les dispositifs d'écoute.

En milieu de travail, la prévention des risques psycho-sociaux est intégrée dans le plan régional santé au travail en Bretagne 2010-2014 élaboré par la DIRECCTE (juin 2011).

Dans le cadre de ces programmes et recommandations, de nombreuses actions ont été réalisées dans la région :

- la production de référentiels : « La promotion de la santé mentale » – « La prévention du suicide des personnes âgées » – « Souffrance mentale, suicide et milieux professionnels » - « Postvention » – « Réseaux de prévention du suicide »
- le renforcement de l'information et de la sensibilisation du public
- le développement des dispositifs d'accueil et d'écoute des jeunes
- la création des maisons des adolescents
- la formation au repérage de la crise suicidaire (« formations Terra »)
- l'amélioration des prises en charge des tentatives de suicide dans les services d'urgences, dans les unités médico-psychologiques, création d'une unité d'accueil médico-psychologique spécialisée pour les jeunes de 15 à 30 ans en souffrance psychique au CHU de Brest (Anjela Duval)
- le développement de la postvention
- la mise en place de réseaux de prévention du suicide

6.2.2 Les axes prioritaires pour la région Bretagne

La promotion de la santé mentale et la prévention du suicide doivent s'inscrire dans la durée : pour cela, il est proposé de continuer de s'appuyer sur le modèle conceptuel du PRS 2004-2008 visant à dérouler une chaîne de soins complémentaires et articulés (promotion de la santé mentale, prévention primaire spécifique, repérage et prise en charge, postvention) et sur les recommandations de la conférence de consensus organisée dans la région le 20 octobre 2007.

L'articulation avec les plans et programmes participant au même objectif sur des populations spécifiques sera nécessaire : volet addictions du projet régional de santé, programme régional d'accès à la prévention et aux soins, plan régional santé au travail en Bretagne, plan de prévention du suicide dans le monde agricole, plan de prévention des suicides en prison.

Dans le cadre du schéma régional de prévention, quatre axes principaux seront mis en œuvre :

- la promotion de la santé mentale dans sa dimension sociale et politique : pour faciliter toutes les actions qui vont favoriser le lien social, lutter contre l'isolement, améliorer les conditions de travail... L'ARS a un rôle d'incitation et de soutien auprès de ses partenaires que sont les services déconcentrés de l'Etat, les collectivités territoriales, l'éducation nationale, la santé au travail... afin qu'ils intègrent les questions de santé mentale dans leurs politiques, bien qu'il ne s'agisse pas de leur mission première. L'ensemble des instances de coordination et de concertation mises en place dans le cadre de la loi HPST et du projet régional de santé devront être des leviers pour la prise en compte de cette dimension sociale et politique des questions de santé mentale : CRSA et sa commission prévention, commissions de coordination des politiques publiques en matière de prévention et en matière de prise en charge et accompagnements médicaux-sociaux, conférences de territoire, collectivités signataires des contrats locaux de santé, dispositifs d'animation territoriale de santé
- **la promotion de la santé mentale** dans son volet éducation pour la santé : cela comprend les actions visant à permettre aux personnes d'améliorer leurs compétences psychosociales et de développer les aptitudes influençant positivement leur santé. Les porteurs de ses actions s'appuieront sur les documents de cadrage de la promotion de la santé mentale élaborés dans le cadre du programme régional de santé « prévenir le suicide en Bretagne 2004-2008 » (« La promotion de la santé mentale en pratique : guide pour l'action ») et sur les supports méthodologiques de l'INPES. L'ARS appuiera en priorité les actions menées au bénéfice des publics les plus en difficulté : personnes en situation de précarité, personnes isolées, personnes âgées en complémentarité des actions menées en milieu du travail par la DIRECCTE et la MSA (pour le monde agricole) et en faveur des détenus par l'administration pénitentiaire. Cet axe s'appuiera également sur une meilleure information de la population sur les dispositifs d'accueil et d'écoute généralistes disponibles dans la région (écoute téléphonique, points accueil écoute jeunes, maison des adolescents...).

I. LE SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

- **la prévention sélective** : cet axe concerne les actions menées au niveau de différents publics (jeunes, milieu du travail, personnes âgées, détenus) visant à repérer les signes de la souffrance psychique des personnes et à favoriser leur prise en charge précoce. Cet axe s'appuiera sur :

- la formation à l'intervention de crise suicidaire
- l'information du public et des professionnels sur les structures de prévention et de prise en charge (annuaire régional par territoire de santé)
- la consolidation du dispositif ambulatoire pour faciliter son accessibilité (cf. SROS et SROMS volet santé mentale pour les CMP, CMP de pédopsychiatrie, CMPP, équipes mobiles psychiatrie et précarité, équipes mobiles de psychiatrie infanto-juvénile, maison des adolescents)
- les dispositifs d'accueil et d'écoute (écoute téléphonique, points accueil écoute jeunes, maison des adolescents)
- l'implication des médecins libéraux

- **La prévention au bénéfice des patients** et de leur entourage :

- pour le suicide et la tentative de suicide, la postvention et la prévention de la récurrence rentrent dans ce cadre.
 - Pour l'amélioration de la postvention, cet axe s'appuiera sur les recommandations du « référentiel sur la postvention en Bretagne » rédigé dans le cadre du PRS « prévenir le suicide en Bretagne » 2004-2008.
 - Pour la prévention de la récurrence, les efforts porteront sur la qualité de la prise en charge dans les services d'urgences, en aval dans les UHCD ou en service de psychiatrie et sur l'articulation avec l'offre ambulatoire pour le suivi (médecin, CMP, acteurs sociaux et médico-sociaux, entourage)
- pour les personnes souffrant de troubles psychiques nécessitant une prise en charge thérapeutique, un objectif est de favoriser les prises en charge ambulatoires et d'améliorer l'accompagnement en milieu ordinaire (cf. SROS et SROMS volet santé mentale et SROP axe ETP) :
 - en pérennisant et en accompagnant l'action des GEM (Groupes d'Entraide Mutuelle)
 - en contribuant en partenariat avec les acteurs concernés au développement de la palette d'offre de logements/hébergement adaptés.
 - en développant l'accompagnement et éducation thérapeutique du patient dans la région

Pour favoriser une approche décloisonnée du champ sanitaire, du champ médico-social et du champ de la prévention, la mise en œuvre de ces quatre axes s'appuiera :

- **sur l'organisation territoriale proposée** dans le cadre du volet santé mentale du SROS et su SROMS et qui comprend :
 - un niveau de coordination de proximité. Celui-ci devra prendre en compte les coordinations déjà existantes (réseaux ou collectifs de prévention du suicide, ateliers santé ville, animations territoriales de santé, conseils locaux de santé mentale...) et stimulera leur développement là où elles n'existent pas
 - un niveau de coordination de référence, territorial ou départemental
 - une animation régionale
- **et sur celle proposée dans le schéma régional de prévention** avec la mise en place d'un « groupe de pilotage de la PPS » par territoire de santé

La mise en œuvre de ces quatre axes permettra la déclinaison régionale du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014.

3. LE PLAN D'ACTIONS ET LES INDICATEURS

Objectifs et actions concernant la promotion de la santé		
Objectifs	Actions	Indicateurs
Faciliter toutes les actions qui vont favoriser le lien social, lutter contre l'isolement, améliorer les conditions de travail...	- Informer et sensibiliser la population sur les questions de santé mentale - Informer et sensibiliser les responsables de la mise en œuvre des politiques publiques afin qu'ils intègrent les questions de santé mentale dans leurs politiques, bien qu'il ne s'agisse pas de leur mission première	
Renforcer la prévention en milieu carcéral	Renforcer la collaboration entre les intervenants afin d'améliorer l'efficacité des interventions en milieu carcéral	Nombre d'actions de prévention du suicide en milieu carcéral associant l'UCSA
Renforcer la prévention en milieu de travail	Cf. plan régional santé au travail en Bretagne sur les risques psychosociaux : - élaboration d'un guide de bonnes pratiques, cahier des charges de la conduite de projets de prévention des RPS, animations d'un réseau de consultants et d'intervenants, échanges de pratiques	
Permettre aux personnes d'améliorer leurs compétences psychosociales et de développer les aptitudes influençant positivement leur santé	Organiser au moins une session de formation annuelle des porteurs de projets de promotion de la santé mentale à partir du référentiel régional et des outils de l'INPES	
Donner une plus forte visibilité au dispositif généraliste d'accueil et d'écoute (écoute téléphonique, PAEJ, MDA)	- Informer la population - Faire un état des lieux régional	Nombre de personnes accueillies dans les maisons des adolescents
Objectifs et actions concernant la prévention sélective		
Objectifs	Actions	Indicateurs
Permettre aux personnes en première ligne de mieux repérer les signes de souffrance psychique et de crise suicidaire : aides à domicile, enseignants, médecins traitants, DRH, responsables syndicaux, travailleurs sociaux, infirmières, conseillères en éducation sociale et familiale...	Faire un état des lieux régional des formations à l'intervention de crise suicidaire (formations Terra)	Nombre de personnes formées à l'intervention de crise suicidaire
	Définir un programme annuel de formations à l'intervention de crise suicidaire des personnes en première ligne	
	Améliorer les pratiques professionnelles autour de la dépression chez le sujet âgé	
Favoriser l'accueil, l'écoute et l'orientation et la prise en charge des personnes en souffrance psychique	- Améliorer l'information du public - Améliorer la connaissance des professionnels sur les structures de prévention et de prise en charge en santé mentale	
	Rendre plus accessible le dispositif spécialisé (CMP) (cf. SROS santé mentale)	
	Mener des actions de promotion de la santé mentale au bénéfice des publics les plus en difficulté : personnes en situation de précarité, personnes isolées, personnes âgées,	
Objectifs et actions concernant la prévention au bénéfice des patients et de leur entourage		
Objectifs	Actions	Indicateurs
Renforcer la postvention après un suicide ou une tentative de suicide	Avoir une offre de postvention au niveau de chaque territoire de santé	Effectivité d'un dispositif de postvention organisée dans chaque territoire
	Organiser une session annuelle de formation commune pour les intervenants associatifs	
Améliorer la prise en charge des personnes ayant fait une tentative de suicide	Inciter les établissements recevant des urgences à mettre en œuvre des démarches d'audit clinique ou d'audit clinique ciblé appliqués à l'évaluation de la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide	Nombre d'établissements ayant mis en œuvre un audit clinique ou appliqué à l'évaluation de la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide
Améliorer l'accompagnement des personnes en milieu ordinaire	Pérenniser et accompagner l'action des GEM (cf. SROS santé mentale)	
	Contribuer en partenariat avec les acteurs concernés au développement de la palette d'offre de logements/hébergement adaptés (cf. SROS santé mentale)	
	Intégrer la thématique « santé mentale » dans le cadre défini dans le SROP pour l'ETP (cf. plan d'action du SROP pour l'ETP)	

6.3 LA SANTÉ PRÉCARITÉ

6.3.1 Le contexte

a) Les inégalités sociales de santé en Bretagne sont très marquées

- Un regard incomplet dû à l'insuffisance des données

Peu de données permettent de caractériser les inégalités sociales de santé à l'échelon régional.

La mesure des inégalités sociales est actuellement plus un objet de recherche qu'une pratique établie et normalisée. Cependant les données bretonnes disponibles permettent de porter un premier regard sur quelques situations d'inégalités sociales et territoriales susceptibles d'impacter les inégalités de santé.

L'étude des données socio-économiques de l'ORSB de 2010 a par exemple permis d'identifier en Bretagne une proportion d'ouvriers et d'agriculteurs plus importante que la moyenne française et a contrario, des proportions de cadres, de professions intellectuelles supérieures et de professions intermédiaires moins importantes qu'au niveau national. Dans l'étude INSERM publiée en 2000 la Bretagne et le Nord-Pas de Calais, régions où les ouvriers sont aussi surreprésentés, apparaissent parallèlement comme celles ayant les valeurs les plus élevées de disparités sociales de mortalité. Ainsi selon cette étude en Bretagne, « le risque de décès masculin des « ouvriers et employés » est multiplié par 4,2 par rapport au risque de décès des cadres supérieurs et professions libérales ».

Des problèmes de santé du public précaire liés aux caractéristiques de l'activité économique et aux structures des âges

La Bretagne présente des populations vulnérables aux risques sanitaires et susceptibles d'être éloignés du système de soins du fait :

- de leur âge et de leur isolement (personnes âgées à faibles revenus en milieu rural),
- du mode de vie ou de travail (agriculteurs isolés, travailleurs de la mer, ouvriers et employés précaires de l'industrie agro-alimentaire),
- de leur situation socio-économique (les « sans chez soi », les migrants précaires etc.),
- de l'insularité (fort indice de vieillissement, cherté du foncier et du logement, accès aux soins).

À cela se rajoutent d'autres problématiques de santé non spécifiques à la Bretagne, mais à prendre en compte :

- l'accès à la prévention et aux soins des détenus (soins somatiques et psychiatriques),
- l'accès à la prévention et aux soins des mineurs délinquants (notamment souffrance psychique, addictions).

Des inégalités territoriales de santé bien marquées

Les inégalités territoriales de santé sont également présentes en Bretagne. Ainsi la mortalité prématurée évitable liée à des comportements à risque est plus prégnante à l'ouest de la région. Au niveau régional, la mortalité prématurée évitable liée à des comportements à risque est en situation particulièrement défavorable chez les hommes comme chez les femmes (respectivement + 28 % et + 25 % par rapport à la moyenne nationale). Certains territoires bretons sont plus touchés par les questions de précarité. Une situation particulière est rencontrée dans le Pays du Centre Ouest Bretagne, les pays de Redon et de Guingamp où la proportion de travailleurs pauvres est importante et le taux de surmortalité de suicide est également important. À cela se rajoutent les difficultés de mobilité, d'éloignement des structures de soins et de démographie médicale.

Les problèmes de santé liés à l'habitat : l'habitat indigne se retrouve en milieu rural et entraîne des problèmes de santé

En Bretagne, près d'un quart des 1 650 000 logements est antérieur à 1949. Sur les 1 338 898 résidences principales privées, environ 8 % seraient potentiellement indignes. Le nombre de logements indignes à traiter est néanmoins estimé par les opérateurs à un niveau inférieur : 25 000 à 30 000 logements seraient concernés. La Bretagne se distingue des autres régions par une forte implantation de l'habitat indigne en milieu rural et que les populations concernées sont majoritairement des propriétaires occupants âgés, isolés et en état de pauvreté.

b) Historique en Bretagne

Des interventions sur des problématiques diverses concernant la santé des publics précaires

Dans le domaine de la prévention et promotion de la santé, plusieurs acteurs déroulent des actions pour répondre à la multitude des questionnements de santé qui concernent le public démuné.

Les PRAPS 1 et 2 ont permis la prise en compte des problématiques concernant les publics précaires d'une manière transversale dans les actions de prévention et promotion de la santé figurant dans plusieurs thématiques d'appel à projet. Les modes principaux d'intervention sont :

- Développement des aptitudes personnelles
- Aide au développement de projet
- Observation/bases des données
- Education à la santé
- Formation

Ces actions sont prioritairement destinées à un public en situation de précarité ou à des populations spécifiques (détenus, migrants). L'accompagnement individuel, notamment, s'adresse essentiellement aux personnes en situation précaire et aux migrants.

Les conseils méthodologiques et la formation ciblent les acteurs relais de l'éducation pour la santé. Enfin, les projets visant le développement des capacités personnelles au travers de l'apprentissage ou de l'information / sensibilisation touchent, de manière plus large, aussi bien les détenus que les jeunes, les personnes en situation précaire ou le tout public.

D'autres partenaires de l'ARS déroulent des actions de prévention et promotion de la santé en direction des publics précaires. L'Assurance Maladie s'attache à renforcer l'égal accès aux soins, notamment en termes d'actions de prévention. Face à la persistance d'inégalités dans l'accès à la prévention, l'objectif est d'agir de façon plus spécifique vers les populations fragiles ou éloignées du système pour obtenir un meilleur taux de participation aux programmes de prévention. Elle a des actions ciblées pour : le dépistage du cancer, la prévention bucco-dentaire, le suivi des grossesses de femmes en situation de précarité.

Des structures ressources, des outils et des formations « santé » pour les professionnels intervenant auprès des publics précaires

Les PRAPS précédents avaient pointé l'importance d'outiller les professionnels sociaux pour une meilleure prise en compte des problématiques de santé et une intervention plus adaptée.

Un dispositif d'accompagnement méthodologique à destination des professionnels sociaux avait alors été initié au niveau régional et a été poursuivi dans différents départements. Il s'agit d'apporter un soutien technique aux professionnels pour mettre en place des projets de promotion de la santé. Une mallette d'aide à « l'animation de groupe en éducation à la santé » a aussi été créée à la demande des professionnels.

Les structures ressources ont aussi pu développer leur connaissance de ces publics et ainsi renforcer leurs compétences pour mieux accompagner les professionnels.

Ce dispositif a été évalué en Ile-et-Vilaine par les financeurs en 2009 et il s'avère très opérationnel pour les professionnels qui ont tous mené à leur terme un projet « santé » en suivant les étapes de la démarche de projets, en associant les personnes concernées, en formalisant le travail en équipe en interne et en clarifiant le rôle de chacun dans un réseau de partenaires...

Enfin, des formations sur différentes thématiques « santé » (addictions, santé mentale, vie affective et sexuelle, nutrition...) sont proposées aux professionnels sociaux pour les aider à mieux comprendre les mécanismes à l'œuvre et adapter au mieux leur intervention.

6.3.2 Les axes prioritaires pour la région Bretagne

Les axes prioritaires à définir en région ont été pour la plupart déclinés dans le plan d'actions du PRAPS. L'objectif principal du PRAPS est de permettre aux personnes les plus démunies **d'accéder au système de santé et médico-social de droit commun** par des mesures spécifiques élaborées avec elles. Le PRAPS est porteur d'enjeux de transversalité au sein comme en dehors de l'Agence régionale de santé et constitue le principal outil fédérateur pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Les axes prioritaires en région Bretagne dans le domaine de la prévention/promotion de la santé en direction des publics précaires découlent également des plusieurs plans nationaux à l'exemple du Plan cancer 2009-2013, le PNNS, le Plan national de lutte contre le VIH-SIDA et les IST 2010-2014.

Le PRAPS a prévu 6 objectifs stratégiques pour favoriser l'accès à la prévention et aux soins des publics démunis. Parmi ces objectifs 4 concernent directement la prévention/promotion de la santé :

OBJECTIF N° 1 – AMÉLIORER LE SYSTÈME RÉGIONAL D'INFORMATION

Peu de données permettent de caractériser les inégalités sociales de santé à l'échelon régional. Les seules données sont détenues par différentes institutions.

La mesure des inégalités sociales est actuellement plus un objet de recherche qu'une pratique établie et normalisée. Les données bretonnes disponibles permettent de porter un premier regard sur quelques situations d'inégalités sociales et territoriales susceptibles d'impacter les inégalités de santé. L'existence d'un système régional d'information pertinent et plus complet peut nous permettre de mieux connaître les besoins et mieux structurer nos actions.

OBJECTIF N° 2 - FAVORISER LA SYNERGIE ENTRE LES ACTEURS DE LA PRÉVENTION, DU SOIN HOSPITALIER ET DU CHAMP DE LA PRÉCARITÉ

Un besoin de mutualisation des pratiques et des savoir-faire des acteurs du domaine de la prévention, du soin hospitalier et du champ de la précarité semble évident. Plusieurs PASS qui œuvrent en direction de l'accès aux soins des publics précaires sont en place. Néanmoins l'interconnaissance des actions de ces dispositifs est réduite. Si les PASS sont dans une position charnière dans l'accès aux soins, en amont de la prise en charge et à la préparation des sorties des personnes, elles travaillent avec de nombreux partenaires, notamment du champ de la prévention et de la précarité, sur les territoires et c'est aussi cette connaissance / coordination entre les partenaires qui améliore le fonctionnement des différents dispositifs et concourt ainsi à l'accès aux soins et à leur continuité. Aussi, aux échanges entre PASS, il est important d'associer les autres acteurs travaillant de près avec elles (les points santé, les centres d'hébergement, les CDAS etc.). C'est donner de la visibilité, inciter le travail en réseau entre professionnels, mieux faire connaître les différents dispositifs.

OBJECTIF N° 3 - MIEUX CIBLER LES PUBLICS ET LES TERRITOIRES

On constate que certains types de publics précaires (les sans « chez soi » ; les migrants etc.) sont particulièrement concernés par l'accès aux droits, aux soins et à la prévention. Une problématique particulière concerne les enfants qui connaissent des troubles d'apprentissage et de comportement.

Par ailleurs, certains territoires bretons sont plus touchés par les questions de précarité. Par exemple dans les Pays du Centre Ouest Bretagne, de Redon et de Guingamp la proportion de travailleurs pauvres est importante et le taux de surmortalité par suicide est également au-dessus de la moyenne nationale. À cela se rajoutent les difficultés de mobilité, d'éloignement des structures de soins et de démographie médicale.

L'expérience développée en Ille-et-Vilaine sur l'accueil des migrants avec une offre de prise en charge globale médico-sociale et sanitaire, des prestations d'interprétariat (recours à un interprétariat professionnel), suscite des attentes de la part des professionnels des autres départements en termes de réponse et/ou soutien à des situations problématiques, d'harmonisation des pratiques, de formation des acteurs, de réflexion et création de solutions innovantes.

Dans ce contexte, il faudrait réfléchir aux modalités de régionalisation de cette démarche.

OBJECTIF N° 4 - CONFORTER LES ACTIONS DE PROMOTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Les PRAPS 1 et 2 ont permis la prise en compte des problématiques concernant les publics précaires d'une manière transversale dans les actions de prévention et promotion de la santé figurant dans plusieurs thématiques d'appel à projet. Des actions ont été conduites visant d'une part, à sensibiliser les professionnels de santé sur la question de l'accès aux soins et de l'accompagnement santé des plus précaires pour lever les représentations de certains professionnels qui n'ont pas l'habitude de travailler avec le public en difficulté et d'autre part, des actions visant à renforcer la formation et l'information des professionnels sociaux, médicaux et paramédicaux.

6.3.3 Le plan d'actions et les indicateurs

Ces objectifs ont été traduits en actions avec des indicateurs correspondants :

Objectifs	Actions	Indicateurs
Améliorer le système régional d'information	- Mettre en place, en cohérence avec l'existant, un système d'information pertinent permettant l'actualisation des données et l'intégration d'une approche géographique plus appropriée. - Obtenir un regard plus complet sur les inégalités sociales de santé par ce système d'information qui implique la mutualisation des données sociales et sanitaires actuellement détenues par différentes institutions	
Favoriser la synergie entre les acteurs de la prévention, du soin hospitalier et du champ de la précarité	- Améliorer la connaissance des dispositifs PASS et favoriser l'échange des pratiques et des expériences - Une animation régionale des PASS. Réaliser une journée régionale des PASS - Réaliser une meilleure articulation entre les PASS et les dispositifs avec lesquels elles travaillent - Recueil de données harmonisées pour les bilans d'activité	Nombre de personnes prises en charge dans les PASS
Mieux cibler les publics et les territoires	- Prévoir des actions sur les publics précaires dans les territoires les plus défavorisés en les intégrant dans les CLS, ASV et le travail des ATS - Améliorer la visibilité des dispositifs locaux d'accès aux soins existants pour les publics en difficulté : les places et rôles des centres d'examen de santé CPAM, des points santé, des CDAS etc. Cette clarification permettra de réfléchir à leur meilleure articulation. - Mise en place d'un dispositif régional facilitant la prise en charge médico-sociale des migrants précaires	Effectivité de la production d'un cahier des charges « point santé » par territoire
Conforter les actions de promotion et d'éducation pour la santé	- Diffuser les référentiels de pratiques et démarches qualité - Réaliser en direction des professionnels davantage d'actions de formation méthodologique de projet concernant la prise en charge et la connaissance du public précaire - Mettre en place des modalités de coordination entre les professionnels qui interviennent auprès des publics démunis - Développer la contractualisation autour de projets structurants par territoire de santé	Nombre d'actions réalisées en direction des professionnels

6.4 FICHE THÉMATIQUE VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE

6.4.1 Le contexte

L'éducation à la sexualité est une question extrêmement importante qui a des impacts majeurs, pas uniquement dans la construction de la vie des adolescents mais aussi dans le fonctionnement des relations au sein de notre société, des relations entre les hommes et les femmes, des conséquences importantes sur le respect de l'autre.

La promotion de la santé et l'éducation en matière de vie affective et sexuelle doivent contribuer de manière spécifique à la prévention, la réduction des risques (accès à la contraception, infections sexuellement transmissibles, VIH/ sida...), à la protection des populations vis-à-vis des violences ou de l'exploitation sexuelles et doivent participer à la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes.

À ce titre, dans cette fiche seront abordées les composantes suivantes :

- Vie affective et sexuelle
- Contraception
- IST
- VIH et SIDA
- Hépatites B et C

Au plan national, plusieurs études montrent que la population et notamment les jeunes, sont plutôt bien informés sur les méthodes contraceptives et les moyens de protection contre le VIH et les IST. Néanmoins :

- malgré un accès à la contraception globalement positif et une bonne couverture contraceptive (75 % des femmes), 1/3 des grossesses ne sont pas planifiées dont 60 % d'entre elles seront interrompues ; une légère augmentation des recours aux IVG pour les plus jeunes a été constatée (les mineures représentaient environ 6 % des femmes ayant eu recours à une IVG en 2007),
- l'incidence du VIH connaît, après une phase de stabilisation, une nouvelle augmentation depuis 2009. Le nombre de personnes séropositives en France est estimé à 150 000, avec une incidence de 17/100 000 habitants (soit environ 6 700 découvertes de séropositivité par an). Chez les homosexuels, l'incidence est 200 fois supérieure aux hétérosexuels. 14 % des découvertes de séropositivité étaient au stade SIDA en 2009,
- les IST sont très souvent asymptomatiques, ce qui favorise la transmission à l'insu des personnes et justifie encore plus la mise en place d'un dépistage. Les faibles prévalences retrouvées dans les différentes enquêtes suggèrent une insuffisance de dépistage en France.
- près de 500 000 personnes sont infectées par les virus des hépatites B et C et la moitié d'entre elles ne le savent pas (BEH 2011). L'usage de drogues est actuellement le mode de transmission principal du VHC ; en milieu carcéral, la prévalence est 4 fois plus élevée qu'en population générale. Pour l'hépatite B, les infections sont majoritairement découvertes fortuitement. Bien que la vaccination contre l'hépatite B ait été introduite dans le calendrier vaccinal depuis 1995, la couverture vaccinale des nourrissons reste inférieure à 50 % et celles des jeunes de 11 ans à 40 % (élèves de CM2 en 2004-2005).

Plusieurs plans nationaux, notamment le plan de lutte contre le VIH/SIDA 2010-2014 et le plan de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012, définissent des objectifs de santé à atteindre et proposent des mesures pour y parvenir. Ils serviront de base à la réflexion menée pour la définition des orientations régionales. En outre, les propositions devront s'articuler avec le plan santé à l'école, qui intègre également le thème de la vie affective et sexuelle.

L'IVG ne sera pas traité dans cette fiche car elle fait l'objet d'une autre fiche dans le cadre du SROS. Il en est de même pour les violences sexuelles et la prostitution car un plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2001-2013 a été défini et le pilotage confié à la commission nationale de lutte contre les violences faites aux femmes.

En Bretagne, les enquêtes menées auprès des jeunes montrent que globalement 58 % des collégiens et lycéens se déclaraient parfaitement informés sur les moyens contraceptifs en 2007, avec néanmoins un taux de 36 % chez les moins de 14 ans. 73 % des étudiants déclarent utiliser une méthode de contraception et ¼ des étudiantes de 1^{ère} année ont eu recours à la contraception d'urgence. D'une manière plus générale, 88 % des délivrances de contraception d'urgence concernent les mineures.

Concernant le VIH-SIDA, la Bretagne, avec en moyenne 17 cas de SIDA par million d'habitants est au 14^{ème} rang au sein des 22 régions métropolitaines (ORSB 2009) et au 2^{ème} rang des régions les moins touchées pour les sérologies VIH positives avec 47 sérologies positives par millions d'habitants, soit 4 fois inférieur au niveau national. Ce résultat va de pair avec un recours au dépistage qui est inférieur à la moyenne nationale (54 sérologies / 1000hab contre 77 au niveau national).

Le dépistage du VIH est encore trop tardif en Bretagne, puisque sur les 200 nouveaux cas pris en charge en 2010 la plupart des découvertes se sont faites alors que les patients sont déjà en indication thérapeutique et 10 % déjà au stade SIDA (rapport annuel COREVIH 2010).

Concernant l'hépatite C, la courbe de séropositivité au VHC fait apparaître une baisse continue depuis 2003 en région comme en France. Concernant l'hépatite B, nous ne disposons pas de données exploitables en Bretagne.

Enfin, concernant les IST, les données régionales sont difficiles à recenser. En dehors des données annuelles remontées par les CIDDIST et les CDAG, seul le dépistage de la syphilis fait l'objet d'une surveillance dans le cadre de l'ORSB.

Même si aucune déclinaison du plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST n'a été imposée en Bretagne compte tenu des données épidémiologiques régionales, des actions ont été entreprises en vue de la réduction de l'incidence de ces maladies et de l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes. Les stratégies ont été établies d'une part en direction de la population générale et, d'autre part, en direction des populations vulnérables (prostituées, détenus...) afin d'adapter les actions de prévention, y compris la réduction des risques et de développer les aides au dépistage.

6.4.2 Les axes prioritaires pour la région Bretagne

a) Promotion de la santé en matière de vie affective et sexuelle

Les actions doivent permettre à toute personne d'accéder aux informations liées à la vie affective et sexuelle sans distinction ni discrimination quel que soit l'âge, l'origine, l'identité sexuelle, l'orientation sexuelle, le milieu socio-économique, les capacités physiques et cognitives, l'appartenance religieuse :

- en assurant un dialogue ouvert et non discriminatoire qui respecte les croyances et la liberté individuelles, être sensible aux différents besoins des individus,
- en aidant les gens à obtenir des résultats positifs, tels que l'estime de soi, le respect de soi-même et d'autrui, des relations sexuelles sans exploitation, des relations humaines épanouissantes, la décision libre et éclairée quant à la reproduction et à devenir soi-même acteur de sa santé
- en prévenant les conséquences négatives, comme les IST ou le VIH, la coercition, les violences sexuelles et les grossesses non désirées.

b) Prévention sélective par risques spécifiques et approche populationnelle

Développement de l'accès à la contraception

L'amélioration de l'accès des jeunes à la contraception et plus particulièrement des mineures, dans les zones dépourvues de structures est une priorité du gouvernement. L'atteinte de cet objectif passe par des actions de proximité sur les territoires, mais aussi par des actions d'information des différents publics et des prescripteurs.

Lutte contre le VIH/SIDA et les IST

La stratégie principale repose sur la prévention combinée comprenant les méthodes de prévention comportementales (notamment le port des préservatifs masculins et féminins) l'élargissement des indications traditionnelles du dépistage et le traitement antirétroviral précoce dans un but de réduction de la transmission du VIH.

La prévention du VIH/SIDA et des IST doit être intégrée dans une approche plus globale des questions de santé liées à la sexualité.

Lutte contre les hépatites B et C

2011 est une année clé marquée par l'arrivée de nouvelles molécules (anti-protéases) qui vont permettre d'améliorer les résultats déjà obtenus. Toutefois ces progrès ne prendront toute leur dimension que si les personnes infectées peuvent en bénéficier. A cette fin, le plan actuel de lutte contre les hépatites B et C 2009 – 2012 vise à assurer un meilleur accès au dépistage et aux traitements contre le virus de l'hépatite C et à mieux répartir la prise en charge des malades entre les réseaux de soins de ville et hospitaliers.

L'amélioration de la prise en charge ne doit pas occulter l'importance du risque de transmission des hépatites B et C. Celle-ci passe d'abord par l'information et l'éducation de la population et en particulier des populations très exposées, parmi lesquelles les usagers de drogues. L'amélioration de la couverture vaccinale contre le virus de l'hépatite B reste également un objectif prioritaire.

Il faut penser l'accès à la prévention dans le cadre d'une prise en charge globale et coordonnée, incluant l'accompagnement et la prise en charge thérapeutique.

6.4.3 Le plan d'actions et les indicateurs

a) Promotion de la santé en matière de vie affective et sexuelle

Objectifs	Actions	Indicateurs d'évaluation
Mettre en place des actions de prévention adaptées aux différents publics	Soutenir la mise en place d'actions d'information, de prévention et d'éducation à la vie sexuelle auprès des jeunes en milieu scolaire, universitaire et hors milieu scolaire. Développer des programmes de prévention des risques sexuels et des outils, adaptés au public ciblé. Former et accompagner les professionnels intervenants auprès des personnes handicapées et des personnes âgées.	Taux de couverture annuel des collégiens et lycéens ayant eu au moins une action de prévention spécifique sur la VAS
Eduquer au respect de la différence	Promouvoir la mise en place d'actions de lutte contre les discriminations (homophobie, respect garçons/filles...). Sensibiliser les professionnels du soin qui refusent la prise en charge de certaines catégories de personnes.	

b) Prévention sélective par risques spécifiques et approche populationnelle

Développement de l'accès à la contraception

Objectifs	Actions	Indicateurs d'évaluation
Agir sur l'information du grand public et de publics cibles	Mettre à disposition du grand public des supports sur les problèmes concrets de gestion de la contraception. Instituer un temps fort « contraception » sur l'ensemble de la région, type semaine d'information sur la contraception Développer une information spécifique aux femmes dans les suites d'un accouchement et dans les suites d'une IVG.	
Agir sur la pratique des prescripteurs et des pharmaciens	Renforcer des formations pour les médecins généralistes, gynécologues, gynécologues obstétriciens, sages-femmes, pharmaciens et étudiants en médecine. Rappeler des modalités de prescriptions de la contraception chez les mineures ainsi que celles de la contraception d'urgence. Promouvoir les méthodes de contraception réversible de longue durée	Nombre d'actions mises en place en direction des professionnels de santé
Améliorer l'accessibilité à la contraception	- Améliorer l'accessibilité à la contraception des personnes mineures et des personnes en situation de précarité. - Identifier les zones pour lesquelles des difficultés d'accès aux centres de planification sont repérées. - Définir les modalités de mise en place de réseaux de professionnels de proximité pour la prise en charge de la contraception, en particulier pour assurer un accès gratuit aux mineures et aux personnes non assurées sociales. - Initier, dans les zones dépourvues de structure, de nouveaux dispositifs de délivrance gratuite de contraceptifs à la population mineure, en lien avec les professionnels de santé, les conseils généraux et les CPAM. - Améliorer l'accessibilité à la contraception d'urgence. - Développer des outils opérationnels de guidance pour les pharmaciens dans la délivrance de la contraception d'urgence. - Développer des formations sur la contraception d'urgence pour les infirmières scolaires.	

Lutte contre les hépatites B et C

Objectifs	Actions	Indicateurs d'évaluation
Réduire la transmission des virus B et C	Renforcer l'information et la communication sur les hépatites B et C et les moyens de se protéger et de se traiter Information et communication sur les hépatites B et C en direction des professionnels de santé et en particulier au niveau du premier recours de la filière de soins : système ambulatoire et médecins généralistes (Plan de diffusion type pour l'ensemble des supports de communication et d'information de l'INPES ; Diffusion des données épidémiologiques régionales) Diffusion de messages adaptés, plus particulièrement vers les usagers de drogues et les migrants. Augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B Information des médecins relative à la vaccination contre l'hépatite B des nourrissons, des enfants (rattrapage pré-ado et adolescents) et des personnes exposées. Information et communication en direction des HSH et LBT Proposition de vaccination contre l'hépatite B de manière systématique et gratuite aux usagers de drogues consultant dans les CSAPA et les CAARUD. Renforcer la réduction des risques de transmission chez les usagers de drogues Etudier les stratégies permettant d'atteindre un public de jeunes consommateurs de drogues ne pratiquant pas encore l'injection pour prévenir le passage à l'injection. Elaborer des programmes légitimés d'éducation à la santé pour les usagers injecteurs.	Taux de couverture vaccinale pour hépatite B chez les enfants de 2 ans.
Renforcer le dépistage des hépatites B et C	Elaborer une stratégie de communication auprès de la population générale et des publics les plus exposés sur l'intérêt du dépistage, en lien en particulier avec l'apparition des nouvelles molécules pour le traitement de l'VHC (taux de guérison passe de 50 à 80 %). Proposer systématiquement et régulièrement (tous les 6 mois) aux UD fréquentant les CAARUD et CSAPA, un dépistage du VHC et VHB. Proposer systématiquement et régulièrement (tous les 6 mois) aux personnes incarcérées un dépistage du VHC et VHB.	Part des usagers de drogues, des CAARUD et CSAPA ayant fait l'objet d'un dépistage des hépatites B et C Part des personnes incarcérées dépistées ayant une sérologie positive.

c) Education thérapeutique du patient (cf plan d'action relatif à l'ETP)

Objectifs	Actions	Indicateurs d'évaluation
Développer la notion de santé sexuelle dans les programmes d'ETP	Former les professionnels au concept de santé sexuelle. Développer le concept en intégrant une approche populationnelle spécifique (migrants, HSH, adolescents...)	

6.5 LA NUTRITION ET L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

6.5.1 Le contexte

Les données de la recherche ont mis en évidence au cours des dernières décennies, le rôle de la nutrition et de l'activité physique comme déterminants majeurs de la santé, notamment en termes de morbidité et de mortalité.

La nutrition, la pratique de l'activité physique et la lutte contre la sédentarité peuvent donc moduler le risque de certaines maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, certains cancers, le diabète de type 2 ou encore l'ostéoporose.

Une politique nutritionnelle a été mise en place en France en 2001 et prolongée en 2006, au travers du Programme National Nutrition Santé. Il a pour objectif d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population. Il a d'ores et déjà permis une large prise de conscience de l'importance de la nutrition par la population générale.

Le rapport sur l'évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, publié en avril 2010, met notamment en évidence pour la thématique nutrition :

- une stabilisation de la prévalence de l'obésité de l'enfant, avec une prévalence de 18 % de surcharge pondérale dont 3 % d'obésité ; cette stabilisation globale masquant toutefois de grandes disparités selon les niveaux socio-économiques,
- une tendance à l'augmentation de l'obésité et à la stagnation du surpoids de l'adulte ; la prévalence diffère ici aussi selon le niveau socio-économique, avec une prévalence plus élevée dans les catégories socioprofessionnelles modestes et de plus faibles revenus, en particulier chez les femmes,
- une activité physique des adultes répondant pour les 2/3 aux recommandations,
- une consommation de fruits et légumes conforme aux recommandations pour les adultes, sauf chez les populations défavorisées et insuffisante chez les enfants,
- une consommation de sel en baisse, mais qui est à poursuivre.

Ce rapport évoque également l'absence d'éléments chiffrés sur l'activité physique des enfants et adolescents et la survenue de désordres nutritionnels pathologiques, plus particulièrement à l'adolescence, chez les sujets âgés et les patients hospitalisés.

Au regard des nouveaux objectifs fixés par le Haut Conseil de la Santé Publique, le 3^{ème} PNNS propose une série de mesures pour les années 2011 à 2015. Il s'articule avec d'autres plans nationaux ;

- le plan obésité ;
- le plan national alimentation ;
- le plan santé à l'école ;
- le programme alimentation et insertion ;
- le plan régional de l'offre alimentaire ;
- le plan bien vieillir ;
- le plan national santé environnement et le plan régional santé environnement ;
- le plan national de prévention d l'activité physique ou sportive.

La Bretagne quant à elle s'est mobilisée (Etat, Assurance Maladie, municipalités) sur cette thématique dès l'année 2000 pour financer des actions d'éducation pour la santé et ensuite diversifier ses actions du public vers les professionnels et les malades. L'instauration en 2003 du Comité Technique Régional Nutrition Santé, chargé de décliner le PNNS au niveau de la Bretagne, a amplifié cette dynamique. Dans ce cadre, plusieurs groupes de travail ont été mis en place et ont formulé des propositions d'actions.

L'écriture concertée du Plan Régional de Santé Publique 2006-2010 a été l'occasion de définir la politique de santé en Bretagne, à la fois dans le respect des orientations de la loi du 9 août 2004 et la prise en compte des spécificités régionales. La nutrition est un des 6 thèmes prioritaires identifiés dans le PRSP. Le programme Nutrition santé proposé reprend les 6 axes stratégiques du PNNS. 19 villes bretonnes ont adhéré à la charte villes actives PNNS.

Aujourd'hui, les données épidémiologiques montrent que la région conserve une position favorable face aux autres régions françaises, en termes de prévalence de l'obésité. Néanmoins, les études disponibles mettent également en évidence que :

- la prévalence de l'obésité de l'adulte de 18 ans et plus ne cesse de croître en Bretagne comme ailleurs depuis la fin des années 1990 (prévalence de 6,7 % en 1997 en Bretagne et de 12,2 % en 2009),
- la surcharge pondérale concerne 10 % des jeunes scolarisés et 12 % des étudiants de 1^{ère} année
- l'insuffisance pondérale touche 7 % des jeunes scolarisés et 10 % des étudiants.

Par ailleurs, la population de personnes âgées de 60 ans et plus en Bretagne étant surreprésentée par rapport à la France métropolitaine (24 % contre 22 %) et l'indice de vieillissement étant également plus marqué en région qu'ailleurs (76 % contre 67,4 %), la prise en compte des problèmes liés à la nutrition/dénutrition des personnes âgées apparaît essentielle.

Ces constats, complétés du lien désormais démontré entre la nutrition et les maladies chroniques, permettent d'affirmer qu'il est toujours justifié d'inscrire la nutrition comme une priorité régionale du programme régional de santé de Bretagne.

6.5.2 Les axes prioritaires pour la région Bretagne

Les axes prioritaires à définir en région sont à concevoir dans le cadre de la déclinaison régionale du nouveau Programme National Nutrition Santé 2011-2015 et du Plan obésité 2010-2013.

Le mot « Nutrition » doit être compris comme englobant les questions relatives à l'alimentation (nutriments, aliments, déterminants sociaux, culturels, économiques, sensoriels et cognitifs des comportements alimentaires) et à l'activité physique.

Les axes prioritaires proposés ci-après ne reprennent pas l'intégralité des axes/mesures/ actions présentés dans les programmes et plan nationaux, mais constituent des champs à développer prioritairement en Bretagne. Ils concernent uniquement le champ de la prévention et la promotion de la santé.

Pour les années 2011 à 2015, 4 axes prioritaires sont retenus en région Bretagne :

Axe 1 : Réduire par des actions spécifiques les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition au sein d'actions générales de prévention

Les comportements en matière de nutrition et d'activité physique sont socialement déterminés et non pas seulement individuels. Les repères nutritionnels sont inégalement connus, perçus et compris et le passage de la connaissance à la mise en pratique demeure un défi pour de larges fractions de la population (notamment les plus favorisées). Un décalage demeure donc entre le niveau de consommation de la population et les repères fixés par le PNNS.

L'accessibilité, la promotion et la facilitation du choix des achats d'aliments favorables pour la santé et l'information sur des aliments dont la consommation est, dans un objectif de santé, à limiter, sont une base de la réduction des inégalités. Le lien entre santé bucco-dentaire et nutrition pourra également être ici valorisé.

De nombreux acteurs, institutionnels et professionnels, interviennent directement dans le but de limiter les inégalités sociales de santé : la DRJSCS, les acteurs des communes (CCAS, ateliers santé ville, centre de loisirs sans hébergement...), les organismes d'Assurance Maladie, les mutuelles, le Conseil Général (PMI), les travailleurs sociaux, le monde associatif (clubs sportifs, aide alimentaire...). Il s'agit de les identifier afin de coordonner les interventions dans une optique de cohérence.

Le développement des actions d'information des professionnels, notamment de santé, mais aussi des élus et de la population générale est primordial.

N.B. : Le bio

Même s'il ne s'agit pas d'une priorité, la valorisation du bio pourra être envisagée dans cet axe, non pas dans un but nutritionnel, mais dans le cadre d'une approche globale de la santé et de mise en cohérence avec le programme régional santé environnement et dans un objectif de prévention, de diminution de l'exposition aux facteurs de risques environnementaux.

Deux objectifs sont ici identifiés :

- Poursuivre les actions d'information et d'éducation nutritionnelle, prioritairement à destination des populations défavorisées, des jeunes, des personnes âgées, des professionnels relais
- Favoriser l'accès de tous à une alimentation de qualité (personnes précaires, scolaires, PA, étab)

Axe 2 : Développer l'activité physique et sportive et limiter la sédentarité

Porteuse de valeurs sociales et éducatives, l'activité physique a un effet bénéfique sur la santé, qu'elle soit pratiquée dans les déplacements et les activités de la vie quotidienne, ou encadrée dans un club sportif. Elle est aussi un adjuvant thérapeutique auprès des patients en parcours de soins. Bon nombre d'actions ont déjà été initiées. Il est cependant nécessaire de renforcer la politique de promotion et d'éducation à la santé dans ce domaine pour atteindre les objectifs fixés par le HCSP.

Pour répondre à ces attentes, deux objectifs ont été définis selon le public cible :

- Promouvoir, développer et augmenter le niveau d'activité physique quotidienne pour tous
- Promouvoir l'activité physique et sportive adaptée chez les populations spécifiques (personnes âgées, populations défavorisées).

Axe 3 : Identifier les personnes à risque (dénutrition ou obésité) et aider à l'orientation dans le système de soins

Le dépistage systématique de la dénutrition et des troubles nutritionnels, à l'hôpital comme en ambulatoire ou au sein de réseaux de santé, revêt une importance particulière tant en termes de prévention que de soins.

La dénutrition affecte les personnes âgées mais aussi les enfants et les adultes ; toutes les grandes pathologies chroniques peuvent en effet induire une dénutrition à l'origine d'une augmentation de la morbidité, de la mortalité et de la qualité de vie.

Concernant l'obésité, développer la prévention, intervenir précocement sur les processus physiopathologiques est essentiel. La prise en charge doit s'adapter à la diversité phénotypique et évolutive des situations individuelles.

Cet axe s'articulera donc autour de 2 objectifs :

- Favoriser le repérage des troubles nutritionnels
- Aider à l'orientation des personnes obèses ou dénutries vers les professionnels de santé pour une prise en charge adaptée

Axe 4 : Valoriser les actions régionales

De nombreuses actions sont mises en place chaque année par les acteurs de la prévention et promotion de la santé, mais leur valorisation à l'échelle régionale est encore trop limitée aujourd'hui. Partager davantage les expériences, mettre en avant les actions les plus marquantes permettrait d'enrichir les réflexions et les projets.

Pour ce faire, les objectifs suivants sont retenus :

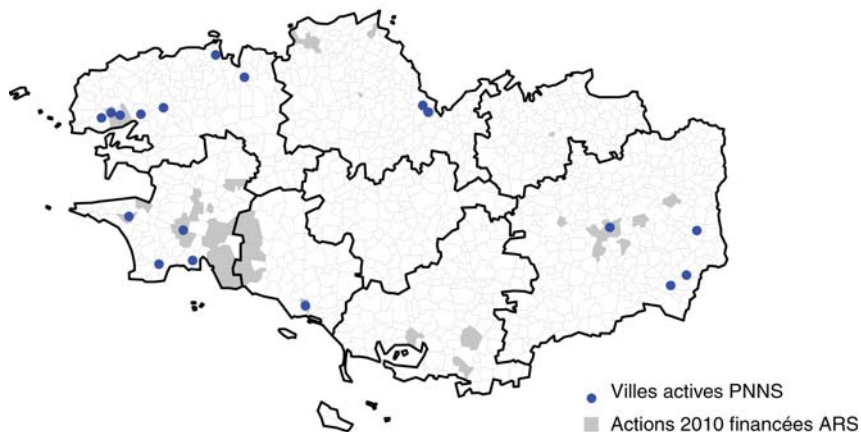
- Faire connaître aux partenaires de la région les actions menées sur le territoire breton/ Mutualiser les expériences
- Promouvoir les actions intéressantes (communication accentuée, extension de projets sur de nouveaux territoires)

Complémentairement à ces axes et objectifs, les actions de terrain mises en œuvre dans ce cadre :

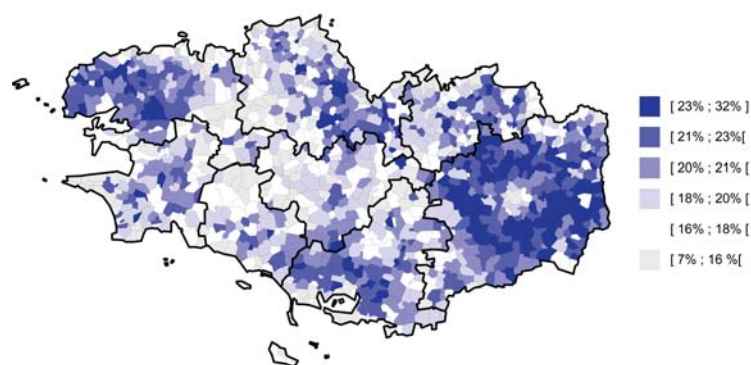
- utiliseront les outils disponibles (guides, affiches, chartes...) labellisés PNNS ;
- valoriseront, à chaque fois que cela est possible, les actions et documents validés par le PNNS ;
- accentueront la communication sur les repères nutritionnels du PNNS ;
- interviendront sur des zones géographiques non déjà ciblées par d'autres actions et considérées comme prioritaires au vu des indicateurs de mortalité et morbidité.

Selon l'action et le public cible, le choix des zones géographiques à privilégier pour la mise en œuvre des actions pourra utilement s'appuyer sur les cartographies suivantes :

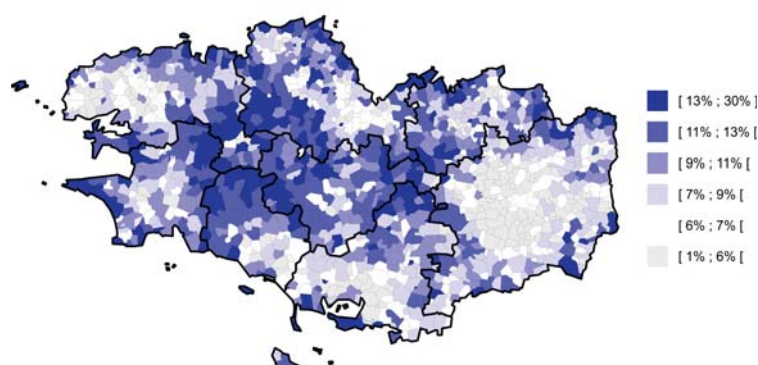
Actions nutrition 2010



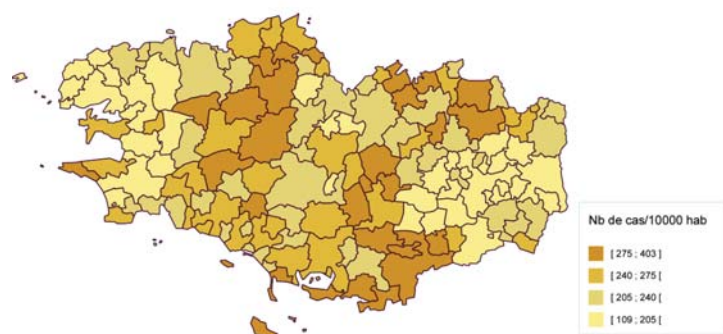
Part des moins de 15 ans



Part des 75 ans et +

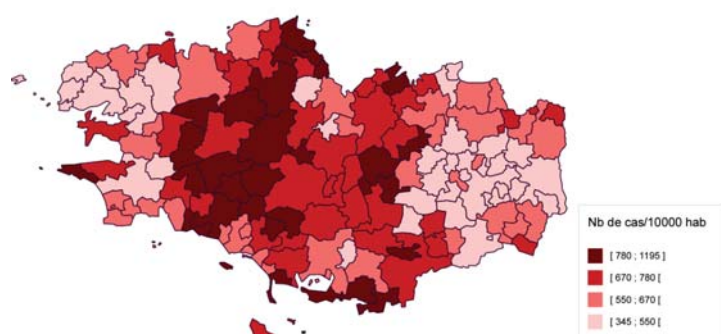


Prévalence diabète



Réalisation : ARS Bretagne
Source cartographique : Aricque

Prévalence maladies cardiovasculaires



Réalisation : ARS Bretagne
Source cartographique : Aricque

3. Le plan d'actions et les indicateurs

Axes	Objectifs	Plan d'actions	Indicateurs
Réduire par des actions spécifiques les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition au sein d'actions générales de prévention	Poursuivre les actions d'informations et d'éducation nutritionnelle Favoriser l'accès de tous à une alimentation de qualité	Renforcer l'éducation nutritionnelle en milieu scolaire Renforcer l'éducation nutritionnelle auprès des publics précaires Informier sur les troubles de la nutrition des personnes âgées Informier/former les professionnels relais Mieux manger en situation précaire Prendre de bonnes habitudes alimentaires dans le cadre scolaire ou périscolaire Améliorer l'alimentation des seniors	Part des actions à destination des publics démunis Nb. d'établissements scolaires investis dans le projet « plaisir à la cantine »
Développer l'activité physique et sportive et limiter la sédentarité	Promouvoir, développer et augmenter le niveau d'activité physique quotidienne Promouvoir l'activité physique et sportive auprès de populations spécifiques (précaires et personnes âgées)	Développer des programmes de promotion de l'activité physique chez les jeunes (idem projet ICAPS) Promouvoir un environnement propice à l'activité physique et limiter la sédentarité Promouvoir des modes de déplacement actifs Accompagner les fédérations sportives pour le développement de l'offre pour ces publics Développer les APS dans les quartiers défavorisés Promouvoir les APS adaptées chez les personnes âgées et en perte d'autonomie	Nb. de projets financés dans le cadre de l'allocation de ressource de l'ARS, basé sur la méthodologie ICAPS Nb. de programmes « parcours d'activité santé senior » mis en place dans les EHPAD
Identifier les personnes à risque (dénutrition ou obésité) et aider à l'orientation dans le système de soins	Favoriser le repérage des troubles nutritionnels Identifier les personnes à risque (dénutrition ou obésité) et aider à l'orientation dans le système de soins Aider à l'orientation des personnes obèses ou dénutries vers les professionnels de santé pour une prise en charge adaptée	Etudier la faisabilité d'un outil de veille pour le suivi du surpoids et de l'obésité des jeunes bretons Promouvoir le dépistage des troubles nutritionnels en ambulatoire et en établissement Développer des actions de communication à destination des familles, des aidants, des professionnels relais Elaborer un annuaire de référents sur l'obésité en région Bretagne Faire connaître les programmes d'ETP existants sur les troubles nutritionnels	Effectivité du recensement des données pour le suivi et le surpoids des jeunes en Bretagne
Valoriser les actions de la région	Faire connaître aux partenaires de la région les actions menées sur le territoire breton/ Mutualiser les expériences Promouvoir les actions intéressantes	Diffuser à tous les partenaires un document de synthèse des actions identifiées sur la région Organiser des temps d'échanges d'expériences Identifier les actions à valoriser plus particulièrement Communiquer largement sur ces actions Envisager l'extension de projets à d'autres territoires	Effectivité de la production d'une synthèse annuelle des actions nutrition et activité physique identifiées en Région Effectivité de la définition de critères de sélection des actions à valoriser

6.6 LA SANTÉ ENVIRONNEMENT

6.6.1 Le contexte

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le champ Santé-Environnement comprend « les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux et psychosociaux de l'environnement ». L'impact des situations environnementales dégradées sur la santé revêt plusieurs dimensions :

- un impact sanitaire : l'environnement est un déterminant majeur de santé ;
- un impact économique : les coûts induits commencent à être mieux cernés ; ils représenteraient des sommes significatives. Par exemple, les coûts de l'asthme et des cancers liés à des polluants environnementaux avoisineraient un milliard d'euros par an pour l'Assurance Maladie ;
- un impact social : la sensibilisation de la population et de ses relais est marquée, les attentes sociales sont fortes.

a) Données épidémiologiques

Grâce aux progrès réalisés depuis plus d'un siècle en matière d'hygiène du milieu, les problèmes de toxicité aiguë ont fortement régressé. Les préoccupations actuelles concernent préférentiellement le domaine de la toxicité chronique à de faibles doses, dont les effets se manifestent généralement à long terme et dépendent de multiples facteurs d'exposition pouvant interagir entre eux. Mais celle-ci est plus difficile à évaluer : les troubles sont de faible intensité, ils apparaissent des années après l'exposition, dont l'estimation rétrospective est difficile. Paradoxalement, si l'environnement est un déterminant important de la santé, la principale difficulté, hormis pour quelques pathologies bien caractérisées, est donc de quantifier la part qui lui est spécifiquement attribuable dans les problèmes de santé observés. L'OMS estime que l'environnement est responsable d'environ 14 % des pathologies des pays développés et joue un rôle important dans certaines pathologies très présentes et/ou en augmentation, comme les cancers, les pathologies respiratoires (asthme) et les allergies, mais aussi les troubles hormonaux ou neurologiques (Alzheimer, Parkinson...) pour lesquels l'exposition à certaines substances chimiques (certains métaux, perturbateurs endocriniens (certaines substances chimiques, pesticides, hormones de synthèse...) est suspectée d'intervenir.

Les principales spécificités de la Bretagne en santé environnement sont :

- **L'importance du tissu agricole et agroalimentaire** entraînant d'une part, une forte pression agricole sur l'environnement et d'autre part des problématiques spécifiques en santé travail (troubles musculo squelettiques très présents dans le secteur alimentaire). Les risques industriels sont a priori limités, en dehors des quelques zones de concentration, marqués par l'émergence de sites et sols pollués dans des zones habitées ou vouées à l'urbanisation.
- **L'importance des problématiques liées à l'eau** : du fait de la mise en place de traitements complexes (et onéreux) et de l'abandon des ressources les plus polluées, la qualité de l'eau de consommation bretonne est l'une de celles qui répond le mieux aux critères de potabilité actuels, y compris nitrates et pesticides. Mais les eaux brutes restent de qualité médiocre, avec les conséquences suivantes :
 - sur l'eau destinée à la consommation humaine : ceci expose à un risque de défaillance du traitement ou d'inadaptation de celui-ci à faire face à des fluctuations inhabituelles, à des pollutions accidentelles ou à des phénomènes émergents (trihalométhanés, résidus de médicaments, nanomatériaux...),
 - sur les autres usages ou voies d'exposition : il est observé le développement de cyanobactéries toxiques dans nombre de plans d'eau intérieurs utilisés pour la baignade ou la production d'eau potable, une qualité de coquillages sauvages globalement variable voire mauvaise sur de nombreux sites fréquentés, des échouages d'algues vertes importants sur les plages des Côtes d'Armor et du Finistère, dégageant un gaz toxique.
- **Une qualité de l'air extérieur en deçà des valeurs réglementaires, mais avec un impact sanitaire non négligeable**, comme l'ont montré les études réalisées en Bretagne (Rennes en 1999, Brest en 2002). La contribution du secteur des transports à la pollution est importante, en raison notamment d'un habitat particulièrement dispersé. En outre, il faut se préoccuper des polluants encore non réglementés (ex : pesticides), dont la présence dans l'air breton a été mise en évidence ces 10 dernières années.

- **Peu de spécificité en matière d'habitat et de qualité de l'air intérieur... excepté la présence de radon** : la Bretagne semble concernée tout autant que les autres régions par les problèmes de qualité de l'air intérieur (ce que confirment les campagnes de mesure menées jusque-là, par exemple sur le formaldéhyde), mais plutôt moins concernée par les problématiques de saturnisme et d'intoxications au monoxyde de carbone. En revanche, du fait de sa structure géologique, la Bretagne est très exposée au radon (20 % des décès par cancer du poumon).
- **Une population bretonne particulièrement mobilisée et qui exprime des craintes pour sa santé** : près de 3 Bretons sur 4 se déclarent « sensibles » ou « très sensibles » à l'environnement et 4 sur 10 estiment que leur environnement leur fait courir des risques pour leur santé.

b) Plans nationaux et historique régional

De nombreuses actions sont menées en santé environnement par différents acteurs (service santé environnement des ARS, autres services de l'Etat, collectivités (services communaux d'hygiène et de santé notamment), CARSAT, MSA, associations...), sans que l'on puisse en avoir une lisibilité complète. Ces actions peuvent porter soit directement sur les populations (ex : actions de sensibilisation), soit indirectement au travers de leurs milieux de vie (habitat, milieu professionnel...) ou des produits qu'elles consomment (air, eau, aliments...). Par exemple : instauration de périmètres de protection des captages d'eau contre les pollutions, sensibilisation de la population à l'entretien des appareils de chauffage pour prévenir les risques d'intoxication au CO, mise en place de technologies moins polluantes par les industriels, expérimentation de consultations hospitalières spécialisées santé environnement, retrait des aliments contenant trop de résidus de pesticides...

Santé environnement fait partie des 5 grandes priorités définies par la loi de santé publique de 2004, qui prévoit l'élaboration d'un plan national santé environnement tous les 5 ans (PNSE1 : 2004-2008, PNSE2 : 2009-2013). Ce plan national est décliné au travers d'un programme régional santé environnement (PRSE). Un 1er PRSE a été conduit sur la période 2005-2008. Il faisait partie des programmes prioritaires du PRSP 2006-2010.

6.6.2 Les objectifs du PSRS et du Schéma régional de prévention

Un 2e PRSE 2011-2015, porté conjointement par le Préfet de région, le Président du conseil régional et le Directeur général de l'ARS, vient d'être adopté. Il constitue un des programmes non obligatoires du projet régional de santé.

Positionnement au sein du PSRS : le PRSE s'intègre pleinement dans la priorité 1 du plan stratégique régional de santé « prévenir les atteintes prématurées à la santé et à la qualité de vie », en particulier l'objectif 1.3 « prévenir l'exposition de la population aux facteurs de risques environnementaux ». Néanmoins, les divers objectifs et actions du PRSE présentés ci-après contribuent également aux objectifs 1.1 (promouvoir des comportements favorables à la santé tout au long de la vie), 1.2 (promouvoir l'égalité devant la santé) et 1.4 (assurer la veille et la sécurité sanitaire sur le territoire breton).

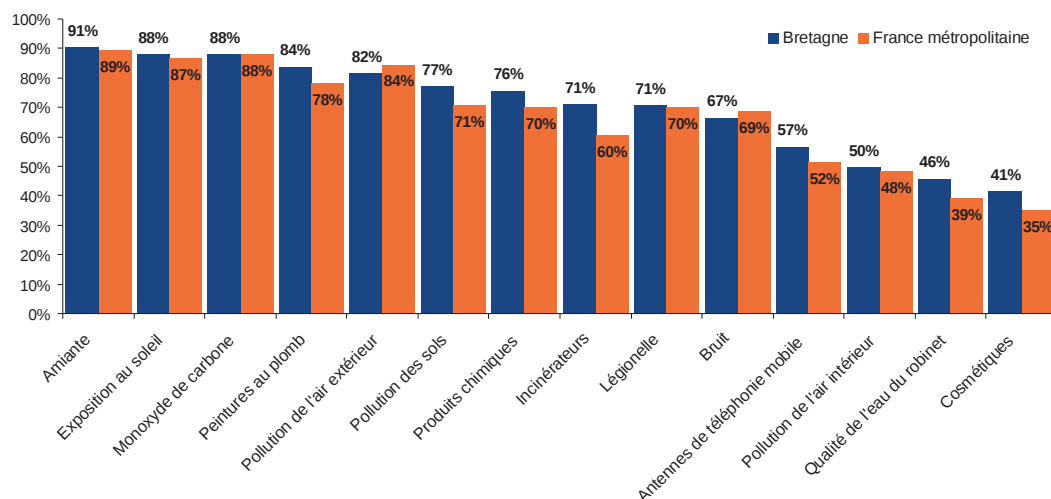
Positionnement au sein des schémas : santé environnement est une thématique qui peut être transversale à l'ensemble des schémas constituant le projet régional de santé, mais c'est avec le schéma de prévention que les liens sont les plus importants, tant sur le volet promotion de la santé que sur le volet veille et sécurité sanitaires.

I. LE SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

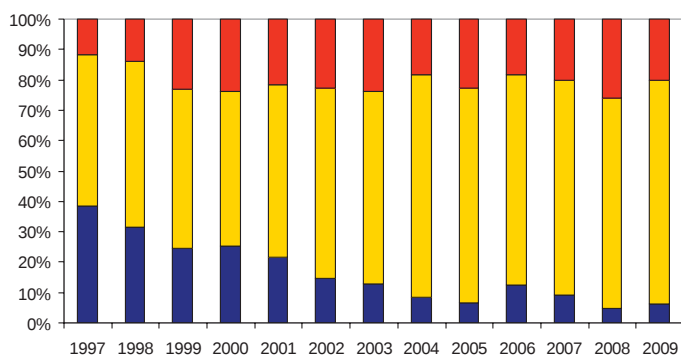
Quelques illustrations concernant l'état des lieux en santé environnement

(extrait de l'état des lieux préparatoire au PRSE réalisé par l'ORSB en 2009)

Facteurs environnementaux perçus comme présentant des risques élevés voire très élevés pour la santé (INPES, ORSB – 2007)

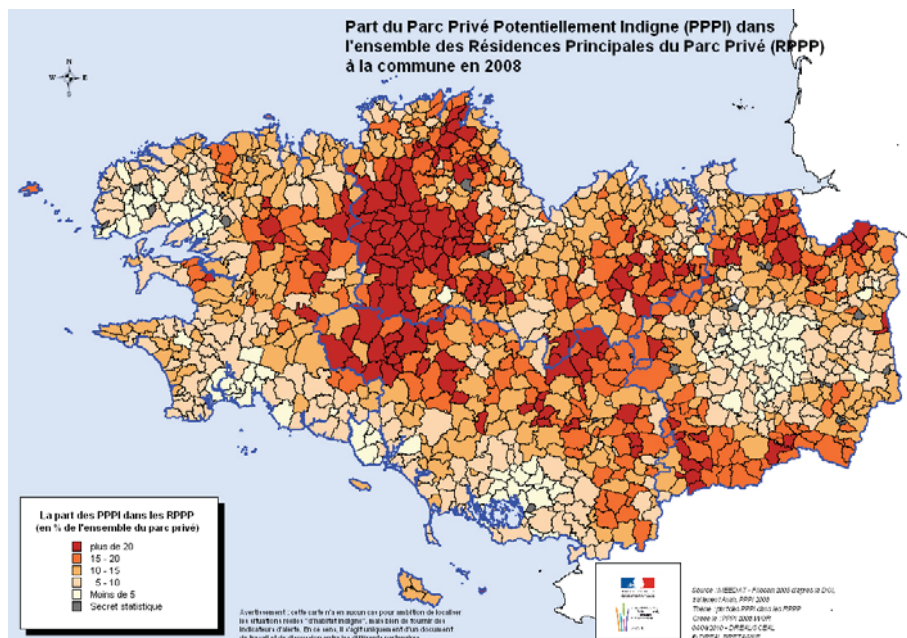
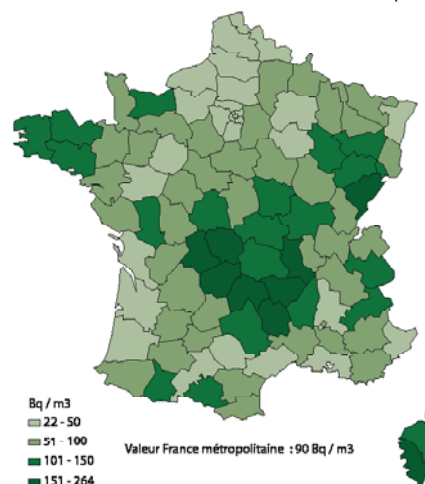


Classement des sites de pêche à pied de loisirs de 1997 à 2009 (ARS)



Bleu : Bonne qualité : pêche à pied autorisée
Orange : Qualité moyenne : pêche à pied tolérée
Rouge : Mauvaise qualité : pêche à pied interdite

Concentration du radon dans l'air des habitations (IRSN, 2000)



2. Les axes prioritaires pour la région Bretagne

Douze objectifs prioritaires ont été définis dans le cadre du PRSE 2011-2015 ; ils sont le fruit d'un long processus de concertation mené entre 2009 et 2011 avec les collectivités, les associations de patients, de consommateurs, d'environnement, les services de l'Etat, les représentants de la santé, du monde économique...

LES 12 OBJECTIFS PRIORITAIRES DU PRSE BRETAGNE 2011-2015, PAR ORDRE DE PRIORITÉ :

1. Réduire les risques à la source
2. Construire une culture santé environnement avec les Bretons
3. Améliorer les connaissances de l'impact de l'environnement sur la santé des Bretons
4. Réduire les inégalités santé environnement
5. Améliorer la qualité des eaux brutes
6. Développer une attitude de vigilance à l'égard des produits chimiques et des poussières
7. Construire, rénover, aménager et entretenir sainement les locaux
8. Réduire les inégalités santé environnement liées à la précarité et aux conditions de travail
9. Réduire les émissions de particules liées aux déplacements
10. Encourager et accompagner la prise de conscience écologique, notamment le développement du bio
11. Réduire la production et améliorer la collecte et le traitement des déchets toxiques diffus
12. Reconnaître l'urbanisme, l'aménagement du territoire et le cadre de vie comme des déterminants de la santé

Concernant les inégalités, par insuffisance de données, l'approche territoriale a été peu développée, sauf cas particulier (radon, habitat indigne). Les actions menées dans le cadre du PRSE porteront essentiellement sur l'amélioration des connaissances. En revanche, certaines populations feront l'objet d'une attention particulière :

- les enfants et femmes enceintes, notamment au regard du risque chimique
- les personnes fragiles ou malades, notamment celles souffrant de pathologies respiratoires chroniques
- les populations socialement défavorisées, qui peuvent plus difficilement se soustraire à des conditions défavorables d'exposition et sont souvent davantage soumises aux risques environnementaux et à leur cumul
- des catégories particulières de populations sur-exposées : les travailleurs soumis à des cumuls d'expositions dans des ambiances physiques dégradées (secteur agro-alimentaire, BTP, pêcheurs, conchyliculteurs) (lien avec le plan santé travail) ; les agriculteurs exposés aux pesticides (lien avec le plan Ecophyto).

Au-delà de cet objectif de réduction des inégalités, le PRSE comporte par ailleurs de nombreuses actions à destination d'autres publics cibles, institutions, professionnels, grand public...

3. Le plan d'actions et les indicateurs

Le plan d'actions (voir page suivante) comporte 37 actions, certaines portées par d'autres plans (santé travail, qualité de l'air, déchets, algues vertes, ecophyto...).

I. LE SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

Objectifs prioritaires du PRSE 2	Actions	Indicateurs d'évaluation
Objectif 2. Construire une culture santé environnement avec les Bretons	Action 2a) Expérimentation de la co-construction de projets avec les habitants (ARS)	Réalisation oui/non
	Action 2b) Organisation de conférences-débats en santé environnement (ARS-CR)	Nb. journées de sensibilisation organisées (et nombre de participants)
	Action 2c) Mise en place d'une formation en santé environnement à destination des professionnels de santé (ARS)	Nb. formations mises en place, par catégorie de professionnels
	Action 2d) Suivi de l'évolution des connaissances et des pratiques de Bretons en santé environnement, au travers du baromètre santé environnement (ARS)	Réalisation oui/non
	Action 2e) Soutien aux acteurs qui interviennent auprès des enfants et des jeunes adultes sur les thématiques de santé environnement (ARS-CR)	Nb. projets financés
	Action 2f) Suivi des actions de formations en santé environnement menées dans le cadre du plan régional santé travail (DIRECCTE)	Réalisation oui/non
Objectif 3. Mieux connaître les impacts de l'environnement sur la santé des Bretons	Action 3a) Elaboration d'un programme d'études régional (ARS-CR)	Nb. études lancées
	Action 3b) Réalisation d'un annuaire des acteurs régionaux en santé environnement et des bases de données disponibles (ARS)	Réalisation oui/non
	Action 3c) Mise à jour de l'état des lieux régional (ARS-CR)	Réalisation oui/non
Objectif 4. Réduire les inégalités santé environnement	Action 4a) Territorialisation du PRSE (ARS-DREAL)	Nb. CLS ou agendas 21 incluant un volet déclinant le PRSE
	Action 4b) Suivi des actions menées dans le cadre du plan régional d'accès à la prévention et aux soins (ARS)	Réalisation oui/non
Objectif 5. Améliorer la qualité des eaux brutes	Action 5a) Réduction des rejets de micro-polluants d'origine industrielle (DREAL)	Nb. étb industriels ayant mis en place des actions de réduction des rejets de substances dangereuses dans l'eau
	Action 5b) Identification des ressources en eau à privilégier pour l'alimentation humaine (DREAL)	Réalisation oui/non
	Action 5c) Réduction des risques liés aux cyanobactéries (ARS)	Réalisation oui/non
	Action 5d) Réduction des risques liés à la pêche à pied de loisirs (ARS)	Réalisation oui/non
	Action 5e) Suivi des actions de restauration de la qualité des eaux et de protection des captages menées dans le cadre du SDAGE, du plan algues vertes et du plan écophyto (DREAL)	% PPC
Objectif 6. Développer la vigilance à l'égard des produits chimiques et des poussières	Action 6a) Transposition de la charte « Jardiner au naturel » aux produits de bricolage (ARS)	Réalisation oui/non
	Action 6b) Information et sensibilisation des populations, y compris les plus vulnérables, sur les risques liés aux produits chimiques de consommation courante (ARS)	Réalisation oui/non
	Action 6c) Contrôle des produits chimiques (Reach, directive biocides) (DREAL)	Réalisation oui/non
	Action 6d) Suivi des actions menées dans le cadre du plan santé travail et du plan Ecophyto visant à favoriser la substitution des produits chimiques et à former les utilisateurs de pesticides (DIRECCTE-DRAAF)	Réalisation oui/non

En savoir plus : <http://www.prse-bretagne.fr>

Sont notamment disponibles :

- Les éléments de bilans et d'évaluation concernant le PRSE1 (2005-2008)
- Les éléments préparatoires à la rédaction du PRSE2 (2011-2015) : état des lieux de l'observatoire régional de la santé, contribution des partenaires...
- Le PRSE signé par le Préfet de région, le Président du conseil régional et le Directeur général de l'agence régionale de santé

Objectif 7. Construire, rénover, aménager et entretenir sainement les locaux	Action 7a) Elaboration d'un carnet de santé de l'habitat (DREAL)	Réalisation oui/non
	Action 7b) Mise en place d'une formation santé environnement à destination des professionnels du bâtiment (CR)	Nb. formations mises en place
	Action 7c) Développement du conseil médical en environnement intérieur (ARS)	Nb. patients visités par un CMEI
	Action 7d) Réalisation de mesures de qualité de l'air intérieur dans les établissements accueillant des enfants (DREAL)	Nb. étb ayant fait l'objet de mesures
	Action 7e) Expérimentation d'un plan de communication sur le radon (ARS)	Réalisation oui/non
	Action 7f) Transposition de la démarche « Ecoréférentiel lycées » aux autres établissements scolaires (CR)	Réalisation oui/non
	Action 7g) Mise en place d'un plan régional de lutte contre l'habitat indigne (DREAL)	% logements traités
	Action 7h) Suivi des actions menées dans le cadre du plan santé travail, visant à favoriser la bonne conception des locaux de travail (DIRECCTE)	Réalisation oui/non
Objectif 8. Réduire les inégalités SE liées à la précarité et aux conditions de travail	Action 8a) Suivi des actions menées dans le cadre du PRST (DIRECCTE)	Réalisation oui/non
Objectif 9. Réduire les émissions de particules liées aux déplacements	Action 9a) Suivi des actions menées dans le cadre du plan régional pour la qualité de l'air, du plan régional de l'offre alimentaire, du plan national particules (CR-DRAAF-DREAL)	Nb. opérations de déplacements alternatifs mises en place (PDE/PDA, PDES, schémas directeurs vélo)
Objectif 10. Encourager et accompagner la prise de conscience écologique, notamment le développement du bio	Action 10a) Promotion de l'accès de tous aux produits alimentaires issus de l'agriculture biologique (ARS-DRAAF)	Réalisation oui/non
	Action 10b) Mesure de la qualité de l'air intérieur dans des logements « écologiques et basse consommation » (ARS-DREAL)	Réalisation oui/non
	Action 10c) Suivi des actions de développement du bio ou plus globalement de développement d'une agriculture plus respectueuse de l'environnement (PROA, PRAB, plan Ecophyto) (DRAAF)	% produits (en euros) issus de l'agriculture bio dans la restauration collective des administrations de l'Etat et des établissements publics sous tutelle
Objectif 11. Réduire la production et améliorer la collecte et le traitement des déchets toxiques diffus	Action 11a) Mise à disposition des acteurs des politiques déchets une information concrète sur les risques sanitaires liés à cette problématique (ARS)	Réalisation oui/non
	Action 11b) Suivi des actions de réduction de la production et d'amélioration de la collecte des déchets toxiques diffus menées dans le cadre du PREDD (CR)	Réalisation oui/non
Objectif 12. Reconnaître l'urbanisme, l'aménagement du territoire et le cadre de vie comme des déterminants de la santé	Action 12a) Mise à disposition d'outils visant à favoriser la mise en place de démarches SE par les collectivités et les aménageurs (ARS)	Réalisation oui/non
	Action 12b) Repérage des établissements accueillant des enfants construits sur des sites potentiellement pollués (DREAL)	Réalisation oui/non

Lien du PRS avec le Plan Régional Santé au Travail en Bretagne 2010-2014

S'agissant plus particulièrement des troubles musculo-squelettiques (TMS), véritable problème de santé publique impactant fortement la qualité de vie de nombreux travailleurs en Bretagne, l'ARS souhaite accompagner et soutenir les actions de prévention menées dans le cadre du Plan Régional Santé au Travail en Bretagne (PRST) par la DIRECCTE et les organismes de sécurité sociale (CARSAT, MSA, etc.).

Cet accompagnement se fera au travers des outils suivants :

- participation au Comité régional de prévention des risques professionnels présidé par le Préfet de région ;
- Coordination avec les institutions compétentes (DIRECCTE, la CARSAT, la MSA ...) au sein de la Commission de coordination des politiques publiques de santé dans le domaine de la prévention.
- participation aux expérimentations territoriales (ex : l'ARS s'est investie aux côtés des CPAM, de la CARSAT et des collectivités de Lamballe, Loudéac, Ploërmel dans l'expérimentation en cours en centre Bretagne sur la prévention des TMS. Elle encouragera l'extension d'actions de cette nature, comme elle a pu le faire sur le territoire de Vitré) ;
- prise en compte, le cas échéant, d'actions de prévention des troubles musculo-squelettiques dans les contrats locaux de santé ;
- utilisation des Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT) dans les établissements hospitaliers pour accompagner les actes de prévention des TMS et des lombalgies des personnels assumant la manutention des malades.

VOLET VEILLE ALERTE ET GESTION DES URGENCES SANITAIRES DU SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

1. PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC

1.1 PRINCIPAUX RISQUES POUVANT AVOIR UNE CONSÉQUENCE SUR LA SANTÉ DES POPULATIONS

Divers documents départementaux ou régionaux recensent les risques :

- Le Document Départemental des Risques Majeurs (DDRM), élaboré par les préfetures ;
- Le Schéma Départemental d'Analyse et de Couverture des Risques (SDACR), élaboré par les services départementaux d'incendie et de secours ;
- Le rapport annuel de la DREAL (prévention des pollutions et des risques industriels en Bretagne)
- Le dispositif ORSEC (organisation de la réponse de sécurité civile) et ses déclinaisons thématiques (nombreuses victimes-NOVI, plan blanc élargi, plans de secours spécialisés-PSS...)

1.1.1 Classification des risques selon leur origine

Il existe plusieurs présentations possibles de la classification des risques. La présentation retenue est faite en fonction des facteurs déclenchant. Les exemples sont donnés à titre indicatif et ne sont pas exhaustifs.

• Risques naturels :

- **Inondations** : on considère que près de la moitié des 1 269 communes bretonnes sont concernées par ce risque (débordement de rivière ou submersion marine). Ces inondations peuvent provoquer notamment des difficultés d'évacuation des eaux usées entraînant des problèmes infectieux et toxiques ;
- **Mouvements de terrain** : risque faible, surtout caractérisé par des attaques de falaise et des érosions dunaires ;
- **Feux de forêt** : risque sur les 4 départements bretons en particulier le Morbihan (Carnac, Auray) du fait des populations à proximité des zones de feux ;
- **Effets climatiques majeurs** type canicule ou grand froid (faible risque pour la Bretagne), tempêtes : risque essentiellement en automne et en hiver touchant préférentiellement les zones côtières (vitesse du vent pouvant atteindre 200 km/h), neige entraînant des difficultés de transport pour assurer les soins, l'approvisionnement en médicaments ou en sang pour les transfusions... ; risque hivernal particulier de panne électrique majeure et de ses conséquences, notamment sur le plan sanitaire et social car la Bretagne n'est pas autosuffisante en production d'électricité ;
- **Séismes** : faible risque pour la Bretagne, néanmoins un séisme de magnitude 5,8 a eu lieu à Hennebont en 2002.

• Risques technologiques :

- **Risques industriels**, explosifs, chimiques ou nucléaires (ces derniers uniquement finistériens : Crozon, Camaret, Brest, Brennilis) induits notamment par les 39 établissements industriels classés SEVESO de la région en 2010 (cf. carte Seveso). La Bretagne représente 1/5^{ème} des installations de réfrigération utilisant de l'ammoniac en France. Les élevages industriels représentent un risque environnemental important (plus de 9 000 élevages représentant un peu plus de la moitié de la production française). La DREAL dispose d'un site internet qui recense ces établissements classés : <http://www.bretagne.developpement-durable.gouv.fr> ;
- **Risque agricole** lié à l'utilisation de pesticides et d'engrais (nitrates) entraînant des pollutions des rivages (marées vertes dans la baie de Saint Brieuc), des eaux de surface et des eaux souterraines (pollution de la ressource en eau de consommation humaine). Il existe aussi des risques spécifiques liés au travail, fréquents notamment dans les industries agroalimentaires (troubles musculo-squelettiques, psittacose...);
- Rupture de barrage : 120 communes sont concernées dans les 4 départements (barrage de Guerlédan plus particulièrement) ; Rupture de digues : la commune de Saint-Malo notamment est exposée à ce risque ;
- **Explosion de vestiges** de la seconde guerre mondiale ;
- Transports de matières dangereuses et **risques ferroviaires**, notamment dans les gares lieux de chargements et déchargements importants (transports d'ammonitrates ou d'engrais) deux départements sont plus concernés les Côtes d'Armor (Saint Brieuc et Plérin) et le Morbihan (Auray, Hennebont, Lanester, Lorient, Pontivy et Vannes) **rouliers** la quasi-totalité des communes de la région est concernée. La Bretagne est une région

de passage des transports de matière radioactive en direction de l'usine de retraitement de la Hague.

- Transport aérien (8 aéroports), risque d'accident d'aéronef autour des zones aéroportuaires ;
- Transport maritime (150 navires par jour de fort tonnage dans le rail d'Ouessant), risque de perte de cargaison (marées noires...) ou de naufrage pouvant entraîner des conséquences environnementales importantes dont l'impact sanitaire potentiel n'est pas à négliger.

• Risques infectieux :

Soit d'origine malveillante (charbon, variole...), soit épidémique (SRAS, grippe, méningite...) ou endémique (tuberculose particulièrement présente en Bretagne...) ou encore liée à un mauvais entretien (légionelloses...). Risques majorés en période touristique liés à la qualité des eaux de baignades, à l'alimentation, à la pêche à pied de loisir et la consommation de coquillages (hépatites A notamment).

• Risques liés aux soins :

Ces risques sont placés sous haute surveillance et font l'objet de systèmes de vigilances particuliers implantés soit à l'ARS (hémovigilance) soit dans les établissements de santé (pharmacovigilance, biovigilance, infections nosocomiales...). Ils font l'objet aussi de recueil des erreurs médicales et médicamenteuses.

• Risques sociopolitiques :

- **Terrorisme** y compris Nucléaire, radiologique, biologique et chimique (NRBC), actes de malveillance ;
- **Risque spécifique** pour le métro de Rennes (terrorisme, malveillance) ;
- **Incendie** dans un établissement de santé ou recevant du public...

• Risques sociaux :

- **Événements festifs et sportifs**, grands rassemblements, manifestations revendicatives. Les événements festifs et sportifs dynamisent l'activité touristique et se déroulent principalement en été : les 4 départements sont concernés par ces manifestations (vieilles charrues à Carhaix, fêtes maritimes de Brest et Douarnenez, festival interceltique de Lorient, transmuscals de Rennes, Route du Rhum à Saint-Malo, grand prix cycliste de Plouay...). Les risques sanitaires sont liés à la forte concentration de personnes en même lieu : contaminations interhumaines, mouvements de foule (étouffement), intoxications aiguës par l'alcool ou des produits illicites, problèmes d'alimentation en eau de consommation humaine, toxi-infection alimentaire collective...
- **Manifestations revendicatives** et notamment les crises d'approvisionnement en carburant.

1.2 POPULATIONS EXPOSÉES ET VULNÉRABILITÉ

Le risque d'exposition pour la population est dépendant de la nature même du risque selon que son périmètre est limité géographiquement ou étendu (comme une épidémie par exemple). La répartition de la population ainsi que sa mobilité lors de rassemblements festifs par exemple sur le territoire breton est donc un élément important à prendre en compte pour estimer l'importance du risque. La population demeurant dans des structures collectives (personnes âgées et personnes handicapées notamment) présente elle aussi une vulnérabilité aux risques sanitaires du fait de leur état de santé et des facilités de diffusion d'une pathologie infectieuse.

En Bretagne la population est relativement dispersée. La proportion de communes de plus de 10 000 habitants est de 30 % alors qu'elle est de 50 % en France. Cette population est majoritairement répartie sur le littoral à l'exception du bassin de Rennes. De plus la zone côtière, y compris les îles, voit affluer un nombre important de touristes en été. L'impact sanitaire d'un événement situé à proximité du littoral sera donc susceptible de toucher une population plus importante. Néanmoins la Bretagne intérieure n'est pas exempte de risques notamment environnementaux et sanitaires liés notamment à la forte densité d'élevages de volailles et porcins et à l'industrie agroalimentaire.

Par ailleurs la Bretagne présente quelques caractéristiques de populations plus vulnérables que d'autres aux risques sanitaires soit du fait de leur âge qui peut poser des problèmes d'information, de déplacement : la Bretagne présente un vieillissement de sa population avec un gradient Est-Ouest, soit du fait des modes de vie ou de travail : agriculteurs, travailleurs de la mer, travailleurs des industries agroalimentaires notamment, soit encore du fait de l'insularité ou du fait de situations sociales particulières ou de précarité : gens du voyage, personnes sans domicile fixe, migrants.

1.3 LES DISPOSITIFS ET OUTILS DE VEILLE D'ALERTE ET DE GESTION DES URGENCES SANITAIRES

- Les systèmes de surveillance
- Un numéro unique de réception des signaux pour la Bretagne
- L'évaluation de la menace et le déclenchement de l'alerte : les experts de la région
- La gestion de l'alerte : l'organisation de la région pour gérer les alertes sanitaires et les situations de crise

1.3.1 Les systèmes de surveillance sanitaire déployés en Bretagne

L'Agence régionale de santé dispose depuis octobre 2010 d'une plateforme régionale de veille et d'urgence sanitaires constituée d'une cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaires (CVAGS) comprenant un point focal unique de réception des signaux 24h sur 24 (numéro unique régional d'appel : 09 74 50 00 09) et d'une cellule de l'InVS en région (Cire Ouest). La plateforme intervient dans l'évaluation et la validation des événements suspectés d'avoir un impact sanitaire avec la contribution des épidémiologistes de la Cire Ouest, des médecins de veille et sécurité sanitaires, des ingénieurs de santé environnement et des pharmaciens inspecteurs de santé publique de l'ARS.

Elle reçoit des signaux issus de systèmes de surveillance

> **Au niveau national**, notamment :

- **Le CORRUSS** reçoit pour le ministère de la santé l'ensemble des informations nationales et internationales.
- **le département des urgences sanitaires du ministère de la santé (DUS)** surveille notamment l'activité des services d'urgence et la disponibilité en lits des établissements de santé.
- **l'Institut de veille sanitaire (InVS)** et ses cellules régionales (CIRE) surveillent le signalement des maladies à déclaration obligatoire (MDO), des maladies à signalement, des intoxications au monoxyde de carbone (système SIROCO), des alertes canicules (SACS), ils sont producteurs de bulletins épidémiologiques nationaux et régionaux.
- **l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)** reçoit les signalements issus des systèmes de vigilance nationaux et organisés en région ou de particuliers.
- **l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN)** pour la radioprotection dispose d'antennes interrégionales dont une à Nantes qui couvre le territoire breton.
- **l'Agence de la biomédecine** est destinataire des signalements relatifs aux greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques et aux activités d'aide médicale à la procréation.
- autres agences de sécurité sanitaire notamment ANSES (aliments, environnement...)
- **INSERM et INSEE** sur les causes de mortalité
- **surveillance météo** par le centre météorologique de Toulouse
- **le Service de santé des armées** : surveillance des maladies importées
- **centres nationaux de référence** pour les maladies infectieuses
- **laboratoires L3 et L4** spécialisés dans certains examens biologiques.

> **Au niveau régional**, la Cire Ouest gère et s'appuie sur les systèmes de surveillance déjà existants qu'elle a mis en place et fait évoluer :

• **systèmes de surveillance non spécifiques :**

Données de mortalité issues des données INSEE des services d'États-Civils des communes informatisées (au 1^{er} janvier 2011) :

- **Côtes-d'Armor** : Dinan, Guingamp, Lamballe, Lannion, Loudéac, Merdrignac, Pabu, Paimpol, Pléneuf-Val-André, Plérin, Saint-Brieuc.
- **Finistère** : Brest, Carhaix-Plouguer, Concarneau, Douarnenez, Landerneau, Morlaix, Plougastel-Daoulas, Plouzané, Pont-l'Abbé, Quimper, Quimperlé, Saint-Renan.
- **Ille-et-Vilaine** : Argentré-du-Plessis, Bain-de-Bretagne, Cesson-Sévigné, Chantepie, Dinard, Fougères, La Guerche-de-Bretagne, Redon, Rennes, Saint-Aubin-du-Cormier, Saint-Georges-de-Reintembault, Saint-Grégoire, Saint-Malo, Vitry.
- **Morbihan** : Auray, Glénac, Guémené-sur-Scorff, Hennebont, Lorient, Ploemeur, Ploërmel, Pontivy, Vannes.
- surveillance des passages aux urgences, tous âges et populations sensibles, moins de 1 an, plus de 75 ans, gestion Cire Ouest à partir de données d'établissements sentinelles CH St Brieuc, CHRU Brest [Cavale blanche et Morvan], CHRU Rennes [Pontchaillou et hôpital Sud], CHBA de Vannes.

• **Systèmes de surveillance syndromiques appartenant au système SurSaUD® :**

- données issues des diagnostics des associations SOS médecins de la région : (Brest, Quimper, Lorient, Vannes, Saint-Malo et Rennes) avec possibilités d'analyse par tranches d'âge et par regroupements syndromiques ; actuellement : rhinopharyngites, bronchiolites, crises d'asthme,

bronchites, grippe et syndromes grippaux, pneumopathies, gastroentérites, coups de chaleur, piqûres d'insectes...

- données issues des résumés de passages aux urgences (RPU) dans le cadre du réseau Oscour® (Organisation de la Surveillance Coordonnée des Urgences) de l'InVS, actuellement CHRU Rennes (sites Pontchaillou et Hôpital Sud). Les services des urgences du CHRU de Brest (sites Hôpital Morvan et La Cavale Blanche), du CH de Lorient (sites Bodélio et Hôpital du Scorff), du CHIC de Quimper (sites Quimper et Concarneau) et du CHP de Saint-Grégoire seront intégrés dans les analyses lorsqu'ils auront un historique de données suffisant ; l'objectif à moyen terme étant d'avoir un établissement par territoire de santé et à long terme tous les Services d'Urgences de la région (soit 32 sites).

Au niveau régional, l'application ARDAH (Application de Recueil de Données d'Activité Hospitalière) permet la collecte des RPU des Services d'Urgences ainsi que les données des Samu avant leur transfert vers l'InVS. Cette application ARDAH développée par Opendev est hébergée sur la Plateforme Régionale de Télésanté qui est située dans les locaux du Syndicat Interhospitalier Breton (SIB) à Rennes.

Ce système de surveillance se développe en lien très étroit avec Conseil Régional des Urgences du Réseau régional « Bretagne Urgences » installé le 25 novembre 2008 et surtout les responsables de la Cellule de Coordination de ce Réseau ainsi que ceux du GCS - Réseau Télésanté Bretagne (Groupement Coopération Sanitaire) créé en juin 2007.

• La déclaration des causes de décès par certification électronique

• Les systèmes de surveillance virologiques :

- données transmises par le laboratoire de virologie du CHRU Rennes (gestion Cire Ouest, virus respiratoires et virus entériques) ; objectif intégrer les labos de virologie de Brest, CHRU et HIA,
- système de surveillance des MDO :
- objectif régionaliser l'analyse de 5 MDO majeures (gestion Cire Ouest en lien avec DMI InVS) ; « inciter » à la notification et à la déclaration (lien avec les URPS, les Labm...) ; liens avec le CAPTV dans le cadre du saturnisme,
- système de surveillance des intoxications oxycarbonées (mise en place de l'application Siroco en 2009...),
- systèmes de surveillance des milieux de vie (bulletins allerge-polliniques...),
- réseau unifié des médecins sentinelles et des Grog sur la surveillance des syndromes grippaux.

La Cire a mis en place un dispositif de sensibilisation et des outils de diffusion de l'information vers les professionnels de santé : Point épidémiologique hebdomadaire de la Cire Ouest + Bulletin de veille sanitaire (sans périodicité autre qu'annuel actuellement).

> Au Niveau régional la Bretagne dispose également de systèmes de surveillance dans des domaines spécifiques :

- Le coordonnateur régional d'hémovigilance de l'ARS reçoit tous les signalements d'incidents transfusionnels de la région et les instruit s'il y a lieu avant de les adresser à l'AFSSAPS,
- Surveillance des infections nosocomiales par le Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales de l'inter région ouest (CCLIN) en lien avec l'antenne régionale du CLIN de Brest et les CLIN des établissements de santé,
- Le centre antipoison (CAP) est un service du CHRU de Rennes. Au sein du réseau interrégional de toxicovigilance, il joue un rôle important en termes de surveillance (appels au CAP et bases de données nationales), d'émission de signaux aux fins d'alerte, d'expertise et de formation. Il assure une réception des appels 24h sur 24 et participe à l'astreinte nationale de toxicovigilance,
- Autres systèmes de vigilance en région : parmi eux on peut noter les deux centres régionaux de pharmacovigilance, situés aux CHU de Rennes et Brest, chacun assurant la pharmacovigilance de deux départements en traitant toutes les données et signalements de la médecine de ville ou des hôpitaux (en lien avec l'AFSSAPS),
- Chaque Centre hospitalier est responsable de sa matériovigilance, assurée par un pharmacien ou un ingénieur biomédical,
- Surveillance de la qualité des eaux d'alimentation, des eaux de baignades (ARS),
- Surveillance des intoxications au monoxyde de carbone,
- Surveillance des produits de la mer par IFREMER (pêche commerciale) et l'ARS (pour les zones de pêche à pied de loisirs).
- Surveillance de la qualité de l'air par Air Breizh,
- Surveillance de certaines maladies par des registres spécifiques (registre des cancers de l'enfant...),
- Sociétés de traitement et de distribution d'eau de consommation humaine.

> Au niveau départemental,

- les préfetures avec le portail ORSEC (Synergi 3) recensent tous les événements signalés survenus dans le département dont la plupart proviennent des services départementaux d'incendie et de secours,
- les services vétérinaires de la direction départementale de protection des populations des préfetures,
- les établissements de santé siège de SAMU,
- Les mairies, les services communaux d'hygiène et de santé (Brest, Fougères, Rennes, Saint-Malo, Lorient, Quimper, Saint Brieuc), qui agissent par délégation des tâches revenant à l'Etat ou à l'ARS,
- Les établissements de santé et médicosociaux dotés de systèmes de surveillance des infections nosocomiales et autres vigilances conformément à la réglementation,
- Les laboratoires de biologie médicale appartenant au réseau LAB-ville et le laboratoire de virologie du CHU de Rennes concourent à la surveillance des maladies infectieuses virales. Le laboratoire du CHU de Rennes étant spécialisé dans les virus respiratoires et digestifs,
- Les professionnels de santé intervenant dans les réseaux décrits au niveau régional.

Signalements en dehors d'un système de surveillance organisé (particuliers ou structures)

Toute personne (notamment des professionnels de santé) ou structure (dont établissements de santé, médicosociaux, service de santé en faveur des élèves des inspections académiques, services du Conseil Général) ayant connaissance d'un événement sanitaire ou environnemental pouvant avoir des conséquences sur l'état de santé de la population doit le signaler à l'ARS.

1.3.2 Un numéro unique de réception des signaux pour la Bretagne : 09 74 50 00 09

L'ARS a organisé en son sein l'activité de veille et sécurité sanitaires sur un mode régional :

- **plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires** comprenant des moyens au siège de l'ARS et dans les délégations territoriales de l'ARS, interlocuteurs privilégiés des préfets de département. Cette plateforme dispose d'un centre opérationnel de réception et de régulation des signaux (CORRSi), une cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS) et la Cire Ouest.

Le CORRSi est en mesure de recevoir l'ensemble des signalements de toute la région 24h sur 24 tous les jours de l'année par téléphone (numéro unique d'appel 09 74 50 00 09), par FAX (02 90 01 25 25) et le cas échéant par messagerie, en articulation avec les informations qui peuvent arriver directement dans les délégations territoriales de l'ARS.

Le CORRSi accède par ailleurs en lecture aux informations du portail ORSEC des préfetures qui lui permet de recueillir des informations provenant notamment des services d'incendie et de secours départementaux. Le signalement est enregistré dans une main courante informatisée (ORAGES) autorisée par la CNIL. Une fois le signalement à visée sanitaire effectué, l'analyse et l'évaluation de ce signal sont réalisées par la cellule de veille d'alerte et de gestion sanitaire de l'ARS en lien avec la Cire afin de valider l'information donnée et de déclencher l'alerte s'il y a lieu.

L'ARS reçoit les signaux sanitaires en provenance des services de l'Etat et des collectivités territoriales, de leurs établissements publics, des établissements de santé publics et privés, du service de santé des armées, des établissements des services sociaux et médicosociaux, des services de secours et de tout professionnel de santé. Le signalement est porté à la connaissance de l'InVS et du préfet de département selon le protocole établi entre les préfetures et l'ARS.

1.3.3 Une multiplicité d'experts au sein de la région

L'évaluation de la menace et l'opportunité de déclenchement de l'alerte peuvent nécessiter des investigations poussées et l'appel à des compétences expertes dans des domaines précis.

Les mesures d'investigation plus poussées sont coordonnées par la Cire. Les autres services de l'ARS ou d'autres services de l'Etat (Directions départementale interministérielles, inspections académiques...) peuvent être associés pour leur mise en œuvre.

Différents experts contribuent à l'analyse et l'évaluation des signaux. Les experts peuvent être ceux qui assurent aussi le signalement et l'alerte (Institut de veille sanitaire et CIRE à l'ARS, centre antipoison, CCLIN, SIRACEDPC et Service interministériel de défense et de protection civil (SIDPC) des préfetures par exemple).

Le Centre antipoison et de toxicovigilance a une vocation interrégionale. Il est basé au CHU de Rennes.

Le Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales CCLIN Ouest (4 régions de l'Ouest et Saint Pierre et Miquelon) et son antenne en Bretagne (ARLIN) apportent leur expertise sur la surveillance des infections associées aux soins et l'assistance aux établissements mais jouent aussi un rôle de prévention de formation et de coordination.

• **La région dispose d'un large réseau d'experts et d'analyses :**

De laboratoires spécialisés :

- Laboratoire de développement et analyse (LDA) de Ploufragan spécialisé sur la santé animale notamment peste porcine et grippe aviaire, la sécurité alimentaire et la qualité de l'environnement,
- Les laboratoires départementaux d'analyse de santé animale,
- Laboratoire d'étude et de recherche en environnement et santé (LERES) de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) qui assure une astreinte zonale pour les prélèvements et analyses toxicologiques de l'eau de consommation humaine ;
- Laboratoire d'analyse et de surveillance des eaux maritimes (LASEM),

De structures spécialisées dans les problèmes environnementaux :

- Centre de recherche de documentation et d'expérimentation sur les pollutions accidentelles des eaux (CEDRE) à Brest,
- L'institut Français de recherche pour l'exploitation de la mer (IFREMER) et ses équipes de Brest, Saint-Malo, Lorient, La Trinité-sur-Mer,
- des services spécialisés des deux CHU (Rennes et Brest) et leurs laboratoires de confinement pour la manipulation des agents biologiques hautement pathogènes à l'échelon individuel et faiblement pathogènes à l'échelon collectif (L3), ainsi que du laboratoire de l'hôpital d'instruction des armées de BREST,
- des référents NRBC zonaux (équipes spécifiques et services du CHU de Rennes),

De l'EHESP et les facultés de médecine de Rennes et Brest, en termes d'expertise scientifique et de potentiel pédagogique,

De l'appui du service zonal de défense et de sécurité (préparation, veille opérationnelle et gestion de crises).

D'autres experts peuvent être consultés sur des points précis comme les laboratoires de référence nationaux pour identifier un agent infectieux ou toxique, le service de santé des armées qui dispose d'une importante expertise en matière de risque nucléaire et infectieux.

En fonction des informations reçues, le signalement peut devenir une alerte. Cette alerte est donnée par l'ARS qui met en œuvre les acteurs et les moyens afin qu'une réponse rapide soit apportée sous forme de mesures de protection de la santé de la population.

1.3.4 La gestion des alertes sanitaires et des situations de crise, selon leur nature et leur impact sur la population

- La gestion des alertes sanitaires :

Les services de l'ARS sont concernés en premier lieu lorsqu'il s'agit de la gestion d'une alerte sanitaire ponctuelle qui nécessite une réponse rapide au signalement (ex. légionellose, méningite, toxi-infection alimentaire collective, pollution d'eau de consommation...). L'ARS dispose au siège et dans les délégations territoriales de personnel spécialisé : médecins, infirmières, pharmaciens, ingénieurs, techniciens sanitaires et de secrétariats pour gérer ces situations et prendre les mesures de prévention immédiates qui s'imposent pour éviter la propagation de l'événement et ses effets néfastes dans la population. Ils s'appuient en particulier sur les services des établissements de santé et notamment les services d'urgence et de réanimation qui ont, ou ont eu, à prendre en charge les patients les plus gravement atteints, mais aussi sur la médecine de ville, les services de santé scolaire et de PMI et les structures de contrôle de l'environnement dont celles de la préfecture (services vétérinaires, DREAL notamment).

- La gestion des urgences sanitaires avec situation de crise, pilotée par les préfectures :

Lorsqu'une alerte sanitaire va au-delà de la gestion de l'urgence immédiate soit parce qu'elle touche une partie importante de la population soit par sa durée, ou par la nature même de l'événement qui peut ne pas être uniquement sanitaire, s'installe alors une situation de crise. La plupart des déclenchements de gestion de crise sont du fait des préfectures ou du niveau national (cas de la grippe en 2009) en coopération avec l'ARS.

La gestion de crise est réalisée par les préfectures avec la participation de l'ARS pour ses aspects sanitaires. Elle est facilitée par la préparation de plans de gestion de crise au niveau national ou préfectoral. Lors de l'activation d'un dispositif ORSEC, l'ARS est amenée à participer au centre opérationnel départemental de la préfecture si la crise comporte des aspects sanitaires. Les protocoles signés entre l'ARS de Bretagne et les 4 préfectures de la région fixent les modalités d'intervention de l'ARS et notamment des délégations territoriales de l'ARS qui sont les interlocuteurs privilégiés de la préfecture en cas de crise. L'ARS déclenche si besoin les moyens des établissements de santé pour faire face à la crise (SAMU...).

- Les plans de réponses aux urgences sanitaires, apporter une réponse efficace et rapide :

Les plans de réponse aux urgences sanitaires ont pour objectif de préparer les institutions à répondre le plus rapidement et le plus efficacement possible à une situation de crise. Ils sont élaborés soit au niveau national puis déclinés au niveau départemental, soit au niveau préfectoral.

Ces plans ont pour objet la réponse aux risques infectieux, aux risques en matière de santé environnementale, ou la déclinaison sanitaire des plans ORSEC des préfectures. On distingue 3 groupes de plans :

- les plans nationaux (plans « pirate », pandémie grippale, canicule, grand froid, iode, règlement sanitaire international...)
- le plan ORSEC et ses nombreux volets dont le plan blanc élargi destiné à organiser les établissements en cas de demande de soins dépassant les possibilités d'un seul établissement, ou encore le plan de secours spécialisé de lutte contre les perturbations importantes sur un réseau de distribution d'eau potable
- les plans « opérateurs » des établissements destinés à faire face à des situations inhabituelles : plans blancs des établissements de santé pour faire face à un afflux de victimes ou faire face à une situation sanitaire exceptionnelle, plans bleus des établissements médicosociaux et les plans de continuité des activités destinés à faire face à des problèmes de personne, enfin les plans de mobilisation permettant de rappeler le personnel nécessaire.

La mise à jour annuelle des plans préfectoraux est effectuée par les préfectures avec la contribution de l'ARS.

Des exercices sont régulièrement programmés par les responsables de ces plans afin de vérifier la bonne exécution des consignes prévues dans les plans et la qualité des messages de communication en interne comme vers la population.

1.4 LE PILOTAGE ET LES ACTEURS DU DISPOSITIF BRETON

1.4.1 Le Pilotage et la coordination entre l'ARS et les préfectures

• L'ARS : veille sanitaire et gestion des urgences sanitaires

L'ARS organise la veille sanitaire et contribue à la réponse aux urgences et à la gestion des situations de crise dans le respect des attributions du représentant de l'Etat territorialement compétent.

L'ARS de Bretagne est par ailleurs **l'agence régionale de santé de la zone Ouest** qui englobe 5 régions (Bretagne, Pays de Loire, Centre, Basse et Haute Normandie). Le Directeur Général de l'ARS de Bretagne assiste à ce titre le préfet de zone de défense et de sécurité, en l'occurrence le préfet de la région Bretagne, dans la veille opérationnelle, la préparation et la mise en œuvre, le cas échéant, des mesures de défense et de sécurité nationale et la gestion de crise notamment pour les crises majeures telles que NRBC. À ce titre pour l'exercice de ses attributions d'animation et de coordination de l'ensemble des ARS de la zone de défense et de sécurité, le DG ARS de zone adresse des directives aux directeurs généraux des autres ARS de la Zone. Il est assisté dans ces missions par un Service zonal de défense et de sécurité comprenant un conseiller de défense et de sécurité de zone, un conseiller sanitaire de zone et un chargé de mission et un secrétariat logistique.

Ces différentes missions relèvent pour leur mise en œuvre de chacune des 5 ARS de la zone Ouest. Elles sont confiées a priori aux CVAGS, mais elles demandent pour leur exécution la participation de la plupart des autres services de l'ARS.

L'ARS est en relation étroite avec le ministère chargé de la santé au niveau national. Celui-ci dispose :

- d'une structure de coordination pilotée par le HFDS, également Secrétaire général des ministères sociaux, pour assurer :
 - la coordination d'une part des missions en rapport de la défense nationale (protection du secret, sécurité des systèmes d'information, sécurité des activités d'importance vitale),
 - des missions en rapport de la planification, des exercices, du déploiement des moyens États dédiés aux crises majeures notamment NRBC et de la veille sanitaire aux fins d'alerte éventuelle.
- de l'implication de deux directions techniques concernées : la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Elles s'appuient sur les organismes de sécurité sanitaire et un réseau d'experts, notamment :
 - L'Institut national de veille sanitaire (InVS) ;
 - L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) ;
 - L'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) ;
 - L'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

- de services dédiés aux situations de crise :

- un Département des urgences sanitaires (DUS) à la Direction générale de la santé (DGS) assure au niveau national le recueil des alertes sanitaires ou sociales, gère les alertes sanitaires et prépare la réponse aux menaces sanitaires de grande ampleur.
- D'un Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS) qui, en période de crise, constitue le cœur du Centre de crise sanitaire du ministère chargé de la santé. Le DUS dispose par ailleurs de moyens de communication

Dans le domaine NRBC, cela se traduit notamment par l'élaboration des plans de prévention, de protection et d'intervention NRBC, l'interface avec le Secrétariat général de la défense et de la sécurité nationale (SGDSN) et les échelons territoriaux, notamment zonaux, sur ces problématiques et le pilotage ou la contribution à l'élaboration des actions de sensibilisation et formation des intervenants à la gestion de crise ou à la prise en charge des victimes en cas de contamination de type NRBC.

- **Les préfectures des quatre départements et la préfecture de région**

Pour l'exercice de ses compétences dans les domaines sanitaires et de la salubrité et de l'hygiène publique, le représentant de l'Etat territorialement compétent dispose à tout moment des moyens de l'ARS. Les services de l'ARS sont alors placés pour emploi sous l'autorité du préfet lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public.

Les préfectures ont des missions régaliennes relatives à la sécurité des populations. Les préfets sont chargés de la préparation et de la mise en œuvre des plans de sécurité ORSEC départementaux (SIDPC) en lien avec le service interministériel régional des affaires civiles et économiques de défense et de protection civile (SIRACEDPC) de la préfecture de région. L'ARS participe sous l'autorité du préfet à l'élaboration et à la mise en œuvre du volet sanitaire des plans de secours et de défense (art. L. 1435-1 du CSP).

La répartition des dossiers entre l'ARS et les préfectures issue de la loi HPST implique une coopération et une coordination dans la préparation des plans de sécurité civile pour l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et la gestion des situations de crise sanitaire. Des protocoles entre l'ARS et les préfets des quatre départements bretons ont été signés à cet effet le 30 septembre 2010 sur un modèle commun (en annexe 3). Ils ont pour objet de « préciser les modalités suivant lesquelles l'agence régionale de santé intervient pour préparer et le cas échéant mettre en œuvre les décisions relevant de la compétence du préfet de département au titre de la veille, de la sécurité et de la police sanitaires ainsi que de la salubrité et de l'hygiène publique. Il précise notamment ses interventions en ce qui concerne... la protection contre les risques sanitaires liés à l'environnement y compris les risques liés à l'habitat, le volet sanitaire des plans de secours et de défense... la fourniture des avis sanitaires nécessaires à l'élaboration des plans et programmes ou de toute décision impliquant une évaluation de leurs effets sur la santé humaine... le contrôle sanitaire aux frontières dans les départements concernés par la mise en œuvre du règlement sanitaire international... » (art. R.1435-2 du code de la santé publique). Dans le cadre de sa préparation interne à la gestion de crises, l'ARS constitue un plan de mobilisation des services et tient à jour un plan de continuité des activités.

Les préfectures ont un rôle important dans la communication auprès des populations en période de crise.

La préfecture de région Bretagne est aussi **préfecture de la Zone de défense et de sécurité Ouest**. « Le préfet de zone dirige l'action des préfets de région et de département... en ce qui concerne les mesures de défense de caractère non militaire » ; en cas de crise ou d'événements particulièrement graves dont les effets peuvent dépasser le cadre d'un département il prend les mesures de coordination nécessaires et peut mettre à disposition d'un département les moyens de l'Etat existant dans la ZDSO 2002. Trois décrets du 5 mars 2010 traitent des nouveaux pouvoirs conférés aux préfets de zone, qui deviennent des relais privilégiés de l'action du Ministre de l'Intérieur en matière de préparation et de gestion de crise. Le préfet de zone dispose ainsi de la capacité de prendre des mesures de police administrative, du pouvoir de réquisition des moyens publics et privés à l'échelon de la zone et de la coordination de la communication de l'Etat.

Il arrête et met en œuvre des plans zonaux. De par l'information ascendante des départements l'échelon zonal peut être amené à jouer également un rôle dans l'alerte.

Dans les zones de défense, le préfet de zone dispose pour l'exercice de ses compétences des moyens de l'ensemble des agences régionales de santé de la zone de défense dont les services sont placés pour emploi sous son autorité lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public au sein de la zone (art. L.1435-2 du CSP).

Les préfectures de département et de zone sont reliées entre elles et au ministère de l'intérieur (COGIC), en particulier par le portail ORSEC (synergi). Cet outil est une main courante électronique par laquelle transitent en temps réel les remontées des différents niveaux territoriaux ainsi que les instructions centrales et zonales.

• Les Maires des communes bretonnes, acteurs de sécurité sanitaire

Ils sont le relais des politiques nationales lorsque celles-ci sont mises en place et, d'autre part, ils disposent de pouvoirs de police générale qu'ils peuvent – et même doivent – utiliser afin de protéger les citoyens et limiter les risques de propagation des virus, épidémies et autres épizooties.

Ce sont des acteurs locaux majeurs de la chaîne décisionnelle et opérationnelle lorsque surviennent des situations de crise du fait de leur proximité avec la population locale. Ils disposent de pouvoirs de police générale afin de garantir l'ordre, l'hygiène et la santé publique et lutter contre les épizooties. Sur le fondement des articles L.2212-1 et L.2212-2 du Code général des collectivités territoriales (CGCT), ils peuvent ainsi, lorsqu'existe un risque imminent d'épidémie imposer des contraintes tant en ce qui concerne les particuliers que les services publics locaux.

Certains maires participent au système de surveillance des décès. Ils élaborent et mettent en œuvre les plans communaux de sauvegarde de la population.

1.4.2 Les acteurs partenaires de la gestion de l'urgence sanitaire ou de la crise

• Les Services départementaux d'incendies et de secours (SDIS)

Outre leurs moyens de lutte contre l'incendie et de secours, les brigades de sapeurs pompiers disposent de matériel spécifique en cas de risque chimique ou radiologique (Cellules mobiles d'intervention radiologique – CMIR, chimique – CMIC).

• Les établissements de santé

L'ARS s'appuie sur les services des établissements de santé et notamment le CHU de Rennes, établissement zonal de référence, les 4 SAMU et les SMUR des hôpitaux (véhicules et hélicoptères : cf. volet urgences du SROS), les services d'urgence et les services de réanimation notamment. La région dispose de services de réanimation pédiatrique aux CHU de Rennes et de Brest.

Le SAMU de Brest joue un rôle de coordination médico-maritime pour une large façade de la Manche et de l'Atlantique.

Afin de répondre aux crises majeures NRBC et autres, des dotations spécifiques de l'Etat en équipement et consommables médicaux ont été allouées aux Centres hospitaliers sièges de SAMU / SMUR : postes sanitaires mobiles, respirateurs, antibiotiques et antidotes, tenues de protection, téléphones satellitaires.

Les établissements de santé participent par ailleurs aux actions de prévention contre la tuberculose et les maladies transmissibles.

L'ARS établit par ailleurs les plans blancs élargis destinés à fixer l'organisation à mettre en œuvre quand une crise dépasse un établissement de santé et qu'il y a nécessité de mutualiser et de faire collaborer des structures sanitaires entre elles.

• Les structures de vigilance

Parmi les structures de vigilance, l'hémovigilance dispose d'un coordinateur à l'ARS. Le CCLIN et l'ARLIN sont sollicités pour intervenir dans les situations d'infections associées aux soins, dans les situations épidémiques et dans les cas d'infection avec des bactéries résistantes aux antibiotiques.

• Les cellules d'urgences médico-psychologiques (CUMP) :

Chaque département devrait disposer d'une CUMP composée de personnels volontaires (coordonnée par un médecin psychiatre). Une CUMP régionale (personnel hospitalier dédié) est en cours de constitution ; elle interviendra en Ile-et-Vilaine et en appui aux autres départements si besoin, elle sera chargée de l'animation du réseau régional. Une CUMP est d'ores et déjà mobilisable dans les départements de l'Ile et Vilaine, du Finistère et du Morbihan.

• Le service de santé des armées

Le service de santé des armées dont la direction zonale est basée à Brest dispose d'une importante expertise en matière de risque nucléaire.

Par ailleurs un délégué de défense militaire est désigné dans chaque département et sert d'interlocuteur pour discuter d'une éventuelle intervention de moyens militaires dans une situation d'urgence.

• Les services de santé de l'inspection académique et du rectorat et les services de protection maternelle et infantile du Conseil Général

Ces services sont indispensables pour la gestion des maladies contagieuses intervenant dans les collectivités d'enfants et d'étudiants.

• Les dispositifs de soins de ville : les médecins libéraux et autres professionnels de santé

La permanence des soins de ville est un élément clé pour l'alerte mais aussi pour la gestion des situations d'urgence sanitaire. Les 4 départements ont arrêté un découpage sectoriel pour la permanence des soins en ambulatoire (médecins généralistes) et une régulation téléphonique a été mise en place au sein du plateau logistique des SAMU. Des expériences et projets de maisons médicales avec système de garde se mettent en place dans la région.

L'accès facile de la population à un médecin libéral, à une pharmacie est indispensable à la mise en œuvre d'un traitement préventif, d'une vaccination ou d'examens particuliers. Les pharmaciens grossistes répartiteurs assurent une astreinte régionale pour garantir l'accès à tout moment à des produits de santé nécessaires en cas d'urgence sanitaire à la demande du préfet sur avis de l'ARS. Des stocks d'antidotes sont disponibles sur les plateformes départementales. Les comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS) ont un rôle à jouer pour garantir la permanence des soins.

• Les services de l'Etat

Notamment les services vétérinaires des directions départementales de protection de la population (DDPP), les services des directions départementales de la cohésion sociale DDCS (ou DDCSPP si regroupement) en matière d'hébergement des populations fragilisées, les services de police de l'eau des directions départementales des territoires et de la mer, (DDTM) le service d'inspection des installations classées de la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement en Bretagne (DREAL), les directions chargées de la protection de la population et de la cohésion sociale et la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE).

• Les opérateurs

Il s'agit principalement des sociétés privées (concession ou affermage) ou des services techniques des villes (régies municipales) qui assurent le suivi et la maintenance des installations de traitement des eaux pour l'alimentation humaine. Les opérateurs tels qu'EDF et GDF, opérateurs de téléphonie, pompes funèbres sont également concernés par la gestion de crise.

• Les ressources autres

Les collectivités locales sont source d'information et sont mobilisées en cas de situation d'urgence car elles ont une capacité de sensibilisation et de premier secours (hébergement, approvisionnement en nourriture) des populations.

Chaque département dispose de structures de sauvetage en mer, d'associations humanitaires et de secouristes pouvant intervenir en cas de crise (en particulier les nombreuses associations départementales ou locales de secouristes, la Société nationale de sauvetage en mer, la Croix Rouge, le secours catholique, le secours populaire français, l'association de protection civile (APC), la fédération française de secours et de sauvetage...).

Les associations (de riverains, de protection de l'environnement, d'usagers), **les organisations confessionnelles** (diocèse, église réformée, centre culturel islamique), les centres locaux d'informations et de coordination pour les personnes âgées (CLIC) peuvent servir de relais avec la communauté. Ce tissu associatif est particulièrement dense en Bretagne.

• Les médias

Les journaux et radios locales, principalement, contribuent à faire passer les messages d'information et de prévention auprès de la population. Les sites institutionnels participent largement à l'information du public et des professionnels (sites du ministère de la santé, de l'InVs, de l'ARS, de l'Éducation nationale, des préfectures...)

1.5 LA DÉMARCHE QUALITÉ

Qualité du signalement : Elle nécessite la formation et la sensibilisation des acteurs de veille et sécurité sanitaire à la déclaration de tout événement pouvant mettre en jeu la santé de la population.

Qualité de gestion de l'événement : protocolisation des modes de gestion, implication et accessibilité des partenaires, formations.

Des formations sont régulièrement réalisées dans chaque département (CH siège de SAMU) pour former le personnel susceptible d'être exposé aux risques nucléaires / radiologiques / biologiques / chimiques (NRBC) ; elles sont assurées par des formateurs zonaux. Plusieurs autres formations sont dispensées dans la région en matière de médecine d'urgence et de catastrophe.

Les retours d'expériences permettant d'identifier les points susceptibles d'être améliorés suite à la gestion d'un événement et de proposer des démarches de prévention :

- au niveau des individus : promouvoir les vaccinations, promouvoir des comportements adaptés aux situations d'urgence sanitaire,
- au niveau des collectivités : promouvoir des règles d'hygiène collective, de sécurité au travail, de respect de l'environnement...

La qualité de la communication, à destination des acteurs de la veille sanitaire, le partage d'informations sont facilités par la spécificité et la variété des compétences de professionnels de l'ARS : médecins, ingénieurs, pharmaciens, infirmiers, administratifs qui permet des échanges entre professionnels et les rend plus compréhensibles de part et d'autre. Les contenus d'information de la population ou des relais auprès des populations (maires, directeurs d'écoles...) sont adaptés aux situations rencontrées mais les outils de diffusion auprès des populations ou des relais sont encore perfectibles (plans de communication).

Qualité de la préparation à la gestion de crise : réalisation d'exercices préparés par les préfectures afin de vérifier la bonne exécution des consignes établies dans les plans et la qualité des messages de communication en interne comme vers la population. Mise à jour annuelle des plans par les préfectures avec la contribution de l'ARS pour le volet sanitaire de ces plans. Mise à jour des annuaires des différents partenaires de la VSS. Exercices des établissements de santé ou médico-sociaux sur l'opérationnalité des plans blancs et des plans bleus.

Qualité des moyens : les inspections des établissements dotés en moyens « Etat » NRBC, élaborées par le service zonal de défense et de sécurité et renforcées par des personnels de l'ARS (pharmaciens et médecins inspecteurs de santé publique...) afin de mesurer l'opérationnalité des moyens stationnés au sein des établissements de santé.

Systèmes d'information performants.

1.6 DROITS DES USAGERS

L'organisation et la gestion de la veille et de la sécurité sanitaires doivent respecter le droit des usagers notamment le droit à l'information et le respect des données sanitaires confidentielles. Elles doivent aussi assurer une équité dans la prise en compte et la gestion des événements sanitaires sur tout le territoire breton et une communication précise et transparente à la population. La population a aussi un devoir de communiquer des informations sanitaires pouvant être un risque pour la santé publique.

2. CONCLUSION SUR LE DIAGNOSTIC

2.1 DES RISQUES SANITAIRES CONNUS, MAIS UN IMPACT PEU PARTAGÉ ET INSUFFISAMMENT MESURÉ :

Les principaux dangers et risques sont assez bien connus sur la région mais leur impact sanitaire est peu partagé entre les différents acteurs de la veille sanitaire et insuffisamment mesuré sur la population. Les études restent parcellaires et difficiles à mettre directement en relation avec le risque observé. Des projets sont en cours pour mieux mettre en relation les risques environnementaux et la mortalité par cancer ou les maladies chroniques.

2.2 UN BESOIN D'HOMOGÉNÉISATION DE LA SURVEILLANCE ET DU SIGNALEMENT, NOTAMMENT AUPRÈS DES POPULATIONS :

- La multiplicité des informateurs est source de richesse pour la veille sanitaire mais la dispersion des lieux de signalements est un risque de perte d'information collective. La mise en place par l'ARS en octobre 2010 d'un numéro unique d'appel pour les signalements de tout événement sanitaire ou environnemental susceptible d'avoir un impact sur la santé de la population et des événements indésirables affectant l'organisation des établissements est un facteur d'amélioration. Il reste que ce numéro doit être plus largement diffusé,
- Il existe des difficultés de prise en compte des signalements relevant d'un système de vigilance nationale : les signalements des événements qui relèvent d'un système de vigilance spécifique organisé avec des remontées directes au niveau national (matéiovigilance, biovigilance...) ne peuvent être traités localement car cela relève le plus souvent de stratégies nationales. Il y a donc à préciser ce qui doit être signalé à l'ARS pour information ou pour gestion,
- Les événements sont insuffisamment signalés : bien qu'il soit très difficile de le quantifier précisément il semble qu'il y ait un sous-signalement de certains événements (rougeole notamment qui est pourtant une maladie à déclaration obligatoire). La sensibilisation des acteurs à la veille et à la déclaration des situations d'urgence sanitaire est insuffisante. Des retours d'information systématiques aux personnes qui ont signalé des événements sur la suite qui a été donnée pourraient contribuer à une meilleure déclaration. Des actions d'information doivent être menées régulièrement auprès des signalants potentiels pour que la population qui aurait pu être touchée par un problème soit prise en charge de façon adéquate et que les mesures de prévention soient prises,
- L'homogénéisation des modes de réception et de traitement des signaux est à rechercher,

- l'organisation de la veille sanitaire après la création de l'ARS doit être plus visible pour les partenaires : là encore des actions d'information et de formation sont nécessaires.

2.3 LA GESTION DES ALERTES SANITAIRES AU PLUS PROCHE DES TERRITOIRES DE SANTÉ

L'ARS dispose de professionnels formés et entraînés pour gérer l'urgence sanitaire. Son organisation interne (plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires, centre opérationnel de réception et régulation des signaux, numéro unique d'appel) devrait se régionaliser encore plus pour simplifier les procédures et l'accès à ses services. La dimension territoriale de la gestion de l'alerte doit cependant être prise en compte. En effet l'acteur incontournable qu'est le préfet de département en situation de crise impose que des relais soient possibles dans les délégations territoriales de l'ARS situées au chef-lieu de département. L'articulation entre les SDIS et les SAMU départementaux se fait sans difficulté pour les territoires de santé répartis sur deux départements. Par ailleurs l'appui indispensable à la gestion de l'alerte apporté par les établissements siège de SAMU et tout le réseau sanitaire et médicosocial en établissement ou en ambulatoire doit s'organiser au niveau du territoire de santé.

Ainsi l'organisation de la réponse aux alertes sanitaires doit prendre en compte à la fois le niveau départemental et le territoire de santé.

Il reste à veiller à la mise à jour annuelle des volets sanitaires des plans de sécurité en lien avec les préfetures.

2.4 UN PILOTAGE ET UNE COORDINATION BICÉPHALE

La mise en place des ARS en avril 2010 a modifié les relations établies auparavant entre les DDASS et les préfetures. L'ARS a investi sa mission de pilotage de la veille et de la sécurité sanitaires. Elle organise la veille sanitaire et contribue à la réponse aux urgences et à la gestion des situations de crise dans le respect des attributions du représentant de l'Etat territorialement compétent.

En ce qui concerne les situations de crise sanitaire, le pilotage est devenu bicéphale : ARS et préfetures avec au-dessus des ministères qui ont leur propre logique : l'un sur la santé et l'autre sur la sécurité intérieure. Les protocoles établis entre l'ARS et les préfetures sont les nouvelles bases de coopération et de coordination entre elles. Ces protocoles sont trop récents pour que leur opérationnalité soit réellement effective. Le rôle des maires doit être mieux connu et mieux utilisé. Celui de la zone mérite d'être précisé.

2.5 DE NOMBREUX EXPERTS ET UN BESOIN DE LISIBILITÉ DU RÔLE DES PARTENAIRES

L'analyse et la validation des signaux avant de déclencher l'alerte sont coordonnées par l'ARS. La région Bretagne ne manque pas de personnes qualifiées et mobilisables à tout moment pour apporter des éléments contribuant à la validation du signal.

Il reste à donner aux partenaires plus de lisibilité sur l'organisation et le rôle de chacun pour mieux les impliquer dans les activités de veille et de gestion sanitaire.

La sensibilisation et la formation des maires sont à renforcer dans le domaine de la veille et de la gestion des alertes sanitaires en partenariat avec les préfetures notamment dans le cadre de l'élaboration de leurs plans communaux de sauvegarde.

3. LEVIERS ET OUTILS

Le schéma s'appuie sur des textes législatifs et réglementaires qui fixent pour partie le rôle de différents organismes dans la veille et la sécurité sanitaire. Le cadre conceptuel dans lequel s'inscrit la veille l'alerte et la gestion des urgences sanitaire est indiqué en annexe.

Les leviers d'action s'établissent dans le cadre d'un objectif général d'adhésion des acteurs au dispositif de veille et de sécurité sanitaires :

- Accroître la communication auprès des acteurs sur l'organisation interne du dispositif de veille et de sécurité sanitaires de l'agence régionale de santé Bretagne
- Impliquer les acteurs dans la construction du dispositif général de veille et de sécurité sanitaire et sa mise en œuvre, renforcer le travail en commun avec les services de protection civile des préfetures
- Sensibiliser et former les acteurs (organisation d'une journée de la VSS)
- Favoriser la rétro-information des acteurs

4. ORIENTATIONS

Trois grands objectifs spécifiques sont retenus pour mieux répondre aux besoins de la population

4.1 STRUCTURER AU NIVEAU RÉGIONAL L'ACTIVITÉ DE VEILLE D'ALERTE ET DE GESTION DES URGENCES SANITAIRES

- **Consolider la structuration de l'organisation** de la veille, de la gestion des urgences et de la sécurité sanitaire de l'ARS à l'échelle régionale pilotée par l'ARS avec des points d'ancrage dans les délégations territoriales pour les gestions de crise,
- **Prendre en compte les ressources sanitaires et médico-sociales** organisées dans les territoires de santé et leur mobilisation
- **Développer l'utilisation du numéro de téléphone unique** de réception des signalements basé au centre opérationnel de réception et de régulation des signaux (CORRSi) de l'ARS à Rennes en service depuis octobre 2010,
- **Homogénéiser le cadre de réception** et de traitement des signaux et de gestion des alertes,
- **Mettre en place une organisation et des procédures standardisées** permettant l'articulation entre la veille, l'alerte et la gestion. Cette articulation comprenant les actions suivantes :
 - recueil des signaux de différentes natures ;
 - vérification d'informations ;
 - analyse de données sanitaires et/ou environnementales ;
 - mise en œuvre de moyens de diagnostic étiologique ;
 - investigation des situations, notamment d'épisodes épidémiques ;
 - transmission de messages d'alerte au niveau adapté ;
 - mise en place de mesures de gestion.
 - évaluation, notamment sous la forme de retour d'expérience
- **Améliorer la représentativité régionale** des systèmes de surveillance,
- **Améliorer le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires** par la mise en cohérence et l'actualisation des volets sanitaires des plans départementaux selon un angle régional,

4.2 RENFORCER LA COORDINATION ET LE PARTENARIAT, MOBILISER LES RÉSEAUX

- Mettre en œuvre les dispositions prévues dans les protocoles entre l'ARS et les préfectures des départements et **conforter la coopération** avec les services de l'Etat en particulier sur la gestion des crises sanitaires,
- Développer le signalement par **la création ou l'animation de réseaux existants entre les professionnels** participant à la veille et la sécurité sanitaire,
- **Veiller à la préparation des établissements de santé et des professionnels** à la gestion des urgences sanitaires,
- **Organiser, en routine, les échanges entre différents acteurs** comme les cliniciens, les épidémiologistes, les microbiologistes, les acteurs chargés de la gestion et de la veille sanitaire ainsi qu'entre les institutions. Instituer des journées régionales de veille sanitaire,
- **Favoriser la coordination et le partenariat des multiples partenaires institutionnels** (établissements de santé, dispositifs de soins de ville, santé scolaire, PMI, collectivités locales, services de santé au travail...) et associatifs dans la gestion des alertes sanitaires
- **Développer la communication sur les urgences sanitaires :**
 - Organiser la communication institutionnelle au cours de la gestion des urgences sanitaires,
 - Mieux utiliser les relais d'information pour toucher le public.
 - Se donner des outils de partage d'information avec les professionnels.

4.3 DÉVELOPPER DES LIENS AVEC LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Articuler le dispositif de veille et sécurité sanitaire avec les dispositifs de prévention pour éviter les situations d'urgence et de crise : Actions en direction des structures, des professionnels de santé, de la population pour lutter contre les risques et promouvoir des comportements favorables à la santé (cf. plans et programmes nationaux de santé publique).

5. PLAN D' ACTIONS

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Actions	Echéance	Indicateurs d'évaluation (propositions)
Améliorer le dispositif de veille, de réception des signaux sanitaires et d'alerte en Bretagne	Consolider la structuration régionale de la VSS à l'ARS	Création de deux pôles médicaux régionaux de veille et alerte sanitaire de l'ARS sur Finistère et Ile-et-Vilaine	2011	
	Consolider la structuration régionale de la VSS	Structurer les liens entre CCLIN, ARLIN et ARS		
	Consolider la structuration régionale de la VSS sur le signalement	Développement de l'utilisation du numéro unique en le faisant connaître plus largement (les professionnels de santé, les ES, les EMS...)	annuelle	Evolution du nombre total de dossiers ouverts sur la main courante « orages »
	Consolider la structuration régionale de la VSS avec les partenaires	Structuration du partenariat avec le Réseau régional « Bretagne Urgences ». Travail en partenariat étroit de la Cire Ouest avec l'ORU Liens avec le Schéma Régional Urgences et Schéma des Systèmes d'Information		
	Consolider la structuration régionale de la VSS	Etude des moyens de simplification du système de déclaration des événements et de l'homogénéisation du cadre de réception des signaux sanitaires et environnementaux.	2012	
		Améliorer la représentativité régionale des systèmes de surveillance de médecine libérale par création d'un Réseau Unifié et Régionalisé (Réseau des Médecins Sentinelles et Réseau des Médecins Grog) Création d'un comité de Pilotage Régional (avec Co-pilotage avec un épidémiologiste de la Cire, un animateur régional Grog et un animateur régional Sentinelles) avec mise en place d'une rétro-information avec un cadre commun et des axes stratégiques définis au plan national	2012	Effectivité de la création d'un comité de pilotage régional
	Consolider la structuration régionale de la VSS sur le traumatisme psychique	Conforter la CUMP 35 pour qu'elle puisse tenir son rôle de CUMP régionale (appui aux CUMP 22, 29 et 56)	2012 à 2015	Nombre de participants aux formations faites par la CUMP 35 dans sa fonction régionale

I. LE SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Actions	Echéance	Indicateurs d'évaluation (propositions)
Assurer une meilleure sécurité sanitaire de la population bretonne	Renforcer la coordination et le partenariat avec les préfectures	Etablir des référents « prévention, gestion de crise sanitaire » dans les délégations territoriales de l'ARS	2011	
		Harmoniser au niveau régional et mettre à jour les volets sanitaires des plans de sécurité et de secours	Annuel	Part des plans nationaux de VSS déclinés au niveau régional ayant fait l'objet d'une révision dans l'année
	Renforcer la coordination et le partenariat avec les ES	Préparation des établissements de santé et des professionnels à la gestion des urgences sanitaires	2012	Part des établissements de santé ayant un plan blanc actualisé et un plan de continuité des activités
		préparation des établissements de santé et des professionnels à la gestion des urgences sanitaires		Part des établissements de santé disposant d'un service d'urgence ayant réalisé un exercice de mise en œuvre de leur plan blanc
	Renforcer la coordination et le partenariat avec les EMS	Préparation des établissements médicosociaux à la gestion des urgences sanitaires	2012	Part des EMS disposant d'un plan bleu et un plan de continuité des activités actualisé Part des établissements médico-sociaux disposant pour leurs résidents d'un dossier de liaison urgence (DLU)
	Renforcer la coordination et le partenariat entre professionnels	Organiser des journées régionales de veille sanitaire		Effectivité de la journée régionale de veille sanitaire (1 journée tous les deux ans)
		Organiser des retours d'expérience		
		Officialiser un partenariat avec les pharmaciens d'officine		Nombre d'officines impliquées dans le plan iode
		Mettre en place des actions de formation des professionnels de santé et des maires (1)		Nombre d'interventions, par l'ARS, de sensibilisation des maires à la sécurité sanitaire, dans les réunions sur l'élaboration des plans communaux de sauvegarde.
		Mettre en place des actions de formation des professionnels de santé et des maires(2)		Nombre d'interventions de l'ARS, dans les formations à la sécurité sanitaire à destination des professionnels de santé
Réduire par la prévention l'occurrence de risques sanitaires chez les Bretons	Développer des liens avec la prévention et la promotion de la santé	Semaine de la vaccination	Annuel	Effectivité de la réalisation annuelle de la semaine vaccinale dans chaque département
		Mieux agir sur les maladies prioritaires : renforcer le dépistage et les actions en vue de limiter le développement des maladies prioritaires notamment en communauté d'enfant, en lien avec l'EN, les CG (PMI), dans les ES et les EMS en lien avec l'ARLIN de Bretagne	2011 2012 à 2015	Effectivité de la définition et mise à jour annuelle de la liste des maladies prioritaires pour la région Part des maladies prioritaires saisies dans ORAGES
		Mobiliser l'ARLIN et les établissements de santé sur les plans locaux de lutte contre les entérobactéries productrices de carbapénémase		

