



—  
Projet régional  
de santé  
d'Alsace

— 2012 - 2016



SCHÉMA RÉGIONAL DE  
PREVENTION  
(SRP PRS)

# Sommaire

<b>I- VOLET PREVENTION, PROMOTION DE LA SANTE ET SANTE ENVIRONNEMENTALE (PPS)</b> .....	<b>5</b>
A/ PARTIE 1 – LA STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE DES PRIORITES D’ ACTION.....	5
A.1/ <i>Modalités d’intervention, acteurs de la prévention, et territoires concernés.</i> .....	5
A.2/ <i>Les objectifs structurant l’organisation de la prévention et de la promotion de la santé.</i> .....	11
B/ PARTIE 2 – LE PERIMETRE DES ACTIONS : AXES ET THEMATIQUES PRIORITAIRES .....	23
B.1/ <i>Les priorités d’action régionales.</i> .....	23
B.2/ <i>Les orientations régionales complémentaires</i> .....	37
<b>II- VOLET VEILLE, ALERTE ET GESTION DES URGENCES SANITAIRES (VAGUSAN)</b> .....	<b>47</b>
A/ PARTIE 1 – ORGANISATION DE LA VEILLE, ALERTE ET GESTION DES URGENCES SANITAIRES .....	47
A.1/ <i>Présentation de l’organisation générale alsacienne</i> .....	47
A.2/ <i>Prévention et gestion de crise (PGC)</i> .....	49
A.3/ <i>Systèmes de surveillance.</i> .....	53
B/ PARTIE 2. ANALYSE CRITIQUE DU PRAGSUS ALSACE.....	55
C/ PARTIE 3 – OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS .....	59
C.1/ <i>Structurer l’organisation des alertes et de la veille sanitaire au niveau de la région.</i> .....	59
C.2/ <i>Homogénéiser le cadre de la réception et du traitement des signaux et de la gestion des alertes.</i> .....	59
C.3/ <i>Développer le signalement et améliorer le délai de signalement</i> .....	60
C.4/ <i>Améliorer le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires</i> .....	60
C.5/ <i>Développer la communication sur les urgences sanitaires</i> .....	60
<b>GLOSSAIRE</b> .....	<b>61</b>

Le présent schéma se compose de deux parties :

- Le volet Prévention et Promotion de la Santé et santé environnementale (PPS) ;
- Le volet Veille, Alerte et Gestion des Urgences SANitaires (VAGUSAN).

Le premier volet a pour objet d'une part d'organiser la politique de prévention régionale et la relation avec ses opérateurs, d'autre part de déterminer les champs prioritaires de déploiement de cette politique, en cohérence avec la politique nationale de santé publique et les priorités du plan stratégique régional de santé.

Ses orientations s'inscrivent en complémentarité de celles du plan régional santé environnement (PRSE 2) et du plan régional santé au travail (PRST 2), élaborés sous la conduite respective de la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL) et de la direction régionale des entreprises, de la concurrence et de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE).

Le second volet a pour objet l'organisation des fonctions de veille et d'alerte sanitaire, en cohérence avec les prérogatives et compétences des autorités préfectorales, des services ministériels et des agences sanitaires.

La méthodologie utilisée pour élaborer le schéma a associé la commission spécialisée « prévention » de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), la Commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile, ainsi que la plate-forme ressources en éducation et en promotion pour la santé, pilotée par l'IREPS.



# I- VOILET PREVENTION, PROMOTION DE LA SANTE ET SANTE ENVIRONNEMENTALE (PPS)

---

## A/ PARTIE 1 – LA STRATEGIE DE MISE EN ŒUVRE DES PRIORITES D’ACTION

---

### A.1/ Modalités d’intervention, acteurs de la prévention, et territoires concernés.

#### A.1.a/Principes et modalités d’intervention

De nombreux rapports<sup>1</sup> soulignent l’importance de la promotion de la santé dans la conduite des politiques de santé.

La charte d’Ottawa de 1986<sup>2</sup> incitait à passer d’un modèle polarisé sur l’amélioration de l’offre de soins (modèle biomédical) à un modèle cherchant à développer la prévention et la promotion de la santé afin de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l’améliorer (modèle global).

Dans cette logique, il convient d’agir sur les différents déterminants suivants :

- 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’atmosphère/enjeux du changement climatique, 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).

---

<sup>1</sup> Rapport du 3/12/2006, Stratégies nouvelles de prévention, Commission d’orientation de prévention, Dr JF Toussaint / Rapport de la Conférence Nationale de la Santé, plénière du 13 oct. 2008

<sup>2</sup> Cf. annexe n° 9 – Charte d’Ottawa, Organisation Mondiale de la Santé, 1986



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

#### ➤ Champ d'action de la prévention

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a donné, pour la première fois en droit français, une définition de la politique de prévention : « *la politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident. A travers la promotion de la santé, cette politique donne à chacun les moyens de protéger et d'améliorer sa propre santé* ».

La loi du 9 août 2004<sup>3</sup> marque une autre étape en définissant une politique de santé publique non limitée au curatif, mais orientée vers la prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités, la réduction des risques et la réduction des inégalités de santé.

#### **Les trois approches de la prévention**

Une première approche vise à distinguer la prévention en fonction du moment où elle se situe par rapport à la survenue de la maladie.

- **La prévention primaire.** C'est « *l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition de nouveaux cas* ». Elle fait appel à des mesures de prévention individuelle (hygiène corporelle, alimentation...) et/ou collective (distribution d'eau potable, vaccination...);
- **La prévention secondaire.** Ce sont « *tous les actes destinés à réduire la prévalence d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution* ». Elle comprend le dépistage et le traitement des premières atteintes;
- **La prévention tertiaire.** Ce sont « *tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans la population, donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie* ». Elle pour objectif de favoriser la réinsertion sociale et professionnelle après la maladie. Cette définition étend la prévention aux soins de réadaptation.

<sup>3</sup>

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Une deuxième approche vise à distinguer la prévention en trois sous-ensembles<sup>4</sup> :

- « La prévention universelle dirigée vers l'ensemble de la population quel que soit son état de santé ; elle tend à permettre, par l'instauration d'un environnement culturel favorable, à chacun de maintenir, conserver ou améliorer sa santé, quelque soit son état ;
- La prévention orientée qui porte sur les sujets à risque et tente d'éviter la survenue de la maladie dont ils sont menacés ;
- Enfin, la prévention ciblée est appliquée aux malades, qu'elle aide à gérer leur traitement de façon à en améliorer le résultat ». Elle correspond à l'éducation thérapeutique.

Une troisième approche vise à distinguer les mesures de prévention selon l'implication des sujets dans leur réalisation : la prévention active ou passive.

➤ Les différents types d'action de prévention :

Les actions peuvent être réalisées par le biais de mesures collectives :

- La réglementation (prévention primaire) concernant l'habitat, les eaux usées, l'alimentation, la conduite automobile, certaines pratiques dangereuses ;
- La vaccination (prévention primaire). Elle agit en protégeant de la maladie le sujet vacciné, mais aussi en réduisant la transmission de l'agent infectieux. C'est un des moyens les plus efficaces de prévention. Certaines vaccinations sont obligatoires, d'autres recommandées ;
- Le dépistage (prévention secondaire). La mise en place d'une stratégie de dépistage repose sur l'existence d'un test diagnostique qui permet de révéler une maladie à un stade précoce et d'envisager la mise en route d'un traitement ou d'une prise en charge (infection par le VIH, cancer du sein, du col de l'utérus, colorectal, transfusion) ;
- Les examens de santé (prévention secondaire) : il peut s'agir soit d'examens médicaux sélectifs (avant incorporation dans l'armée, en médecine du travail) ou d'examens systématiques préventifs tels que les examens prénuptiaux, les examens prénatals ; soit de bilans de santé, examens plus complets et périodiques, effectués dans des centres privés ou publics (relevant des caisses d'assurance maladie) ;
- Les actions d'information et de communication (prévention orientée, ciblée ou universelle).
- L'éducation (prévention universelle). Elle commence à l'école, lieu d'acquisition du savoir et d'exemplarité des modèles mais elle doit être poursuivie tout le long de la vie, y compris en milieu professionnel pour prendre en compte les risques d'accidents ou de maladies professionnelles ;
- Les améliorations technologiques (prévention passive) : la fixation de ski, les prises de courant sécurisées, l'air bag dans les voitures... ;
- Les prestations de sécurité sociale, comme celles versées en cas d'accidents de travail, de maladies professionnelles compensent le préjudice et les pertes de revenus (prévention tertiaire). Il en est de même pour les personnes handicapées avec l'allocation adulte handicapé et les possibilités qui leurs sont offertes pour l'insertion en milieu professionnel.

Les actions peuvent également être réalisées de façon individuelle :

- La famille joue un rôle primordial dans l'éducation des enfants ;
- Les professionnels de santé ont également un rôle important à jouer ; un acte médical, un examen de santé ou l'achat d'un produit de santé sont des occasions privilégiées pour délivrer des messages de prévention.

---

<sup>4</sup> San Marco, traité de prévention, p6, 2009

## A.1.b/ Les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé

### A.1.b/i Les usagers

Ils doivent être, autant que faire se peut, associés à l'élaboration, à la conduite et à l'évaluation des politiques de prévention et de promotion de la santé.

Ils sont également associés au processus de démocratie sanitaire, notamment par le biais de leurs représentants à la CRSA et à sa commission spécialisée « prévention ».

### A.1.b/ii Les promoteurs issus du monde associatif.

Certains sont spécialisés sur une thématique, d'autres interviennent plus largement en promotion de la santé.

D'autres encore apportent des éléments de connaissance et d'observation sur les causes et les conséquences de comportements défavorables à la santé, ainsi que des outils méthodologiques d'intervention, d'évaluation (comme l'IREPS, l'ORSAL, le CREAL ...).

Dans le champ spécifique de la santé environnementale, on recense également un ensemble d'acteurs associatifs qui peuvent être impliqués dans différents types d'activités (production de données scientifiques, information, formation, sensibilisation, éducation...).

De nombreux autres acteurs du monde associatif hors du domaine de la santé peuvent également remplir un rôle important de relais des politiques de prévention (à titre d'exemple, les associations de jeunesse populaire et des familles, les associations de parents d'élèves...).

### A.1.b/iii Les professionnels de santé libéraux, notamment les professionnels de santé de 1<sup>er</sup> recours

La relation de proximité du médecin traitant avec son patient se situe au cœur du développement de la prévention de la santé. Le médecin traitant assure les soins de prévention (dépistages, éducation sanitaire...) et contribue à la promotion de la santé.

L'Assurance maladie accompagne ces médecins, notamment au travers d'entretiens confraternels par ses médecins conseils et les visites de ses délégués (DAM). Avec le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), le médecin contractant peut s'engager à consolider sa participation aux actions de prévention, en matière de vaccination contre la grippe, de dépistage du cancer du sein, de iatrogénie médicamenteuse par exemple (cf. SROS PRS volet ambulatoire).

### A.1.b/iv Les réseaux de santé

Depuis les premiers réseaux expérimentaux dans les années 1990, les réseaux de santé ont connu un développement rapide mais restent à ce jour inégalement répartis.<sup>5</sup>

Le réseau assure la coordination des acteurs des secteurs sanitaire, social, médico-social autour des patients dont la complexité de prise en charge nécessite la réunion de compétences multidisciplinaires.

Il intervient en appui et en coordination avec le médecin traitant (cf. SROS PRS volet ambulatoire).

Une action de communication portant sur l'organisation et le maillage des réseaux existant en région permettra d'en accroître la lisibilité et améliorera la collaboration avec les médecins traitants.

### A.1.b/v Les établissements de santé.

Les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes. Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux ; ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.

La loi définit par ailleurs les missions de service public, au nombre de quatorze, qui peuvent être assurées par les établissements de soins (article L.6112-1 du Code de la Santé Publique) ;

---

<sup>5</sup> Cf Schéma régional d'organisation sanitaire dont le volet ambulatoire fixe les orientations stratégiques concernant les réseaux de santé



Plusieurs d'entre elles ont un lien immédiat avec la politique de prévention (cf. SROS PRS volet missions de service public). Il s'agit :

- Des actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- De la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations ;
- Des actions de santé publique.

#### A.1.b/vi Les établissements médico-sociaux.

La prévention fait partie des missions des services et établissements médico-sociaux.

Elle s'exerce notamment dans les domaines suivants :

- Prévention de l'aggravation de la perte d'autonomie, par la réalisation d'actions spécifiques adaptées aux populations accueillies (dénutrition ; chutes par exemple) ;
- Accès des personnes accueillies aux dispositifs de prévention de droit commun ;
- Prévention des infections associées aux soins ;
- Prévention et lutte contre les épidémies et les maladies transmissibles (par une politique de vaccination notamment).

#### A.1.b/vii Les institutions

Les différentes institutions œuvrant dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé peuvent intervenir en finançant des actions développées par des promoteurs ou en agissant, pour certaines d'entre elles, directement auprès des populations.

- **L'Etat** intervient sur de multiples champs, par le biais des politiques qu'il conduit :

- La santé scolaire et universitaire avec l'action de la médecine préventive universitaire, celle du Rectorat et des deux Inspections académiques qui interviennent en termes de prévention et de dépistage des troubles de l'apprentissage, de prise en charge des élèves en situation de handicap, d'éducation à la santé (les comportements à risque, l'hygiène bucco-dentaire, l'équilibre alimentaire), de formation aux gestes de premiers secours et de repérage et d'accompagnement de la souffrance psychique (élèves et enseignants) ;
- La jeunesse et les sports, avec l'intervention de la DRJSCS pour promouvoir la santé par l'activité physique ;
- La ville, par l'intermédiaire des volets santé des Contrats urbains de cohésion sociale ;
- La lutte contre la drogue et les toxicomanies (gestion déconcentrée des crédits de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie, MILDT, par les chefs de projets départementaux drogues et dépendances) ;
- La santé au travail ; la DIRECCTE agit en matière de prévention des risques professionnels, via notamment la prévention des cancers professionnels et des risques psycho-sociaux ;
- L'environnement ; la DREAL exerce ses missions en matière de prévention des pollutions et des risques environnementaux ;
- L'alimentation et l'agriculture ; la DRAAF intervient sur la qualité nutritionnelle de l'offre alimentaire et la réglementation de l'usage des pesticides ;

- **L'ARS** définit et met en œuvre, pour le compte de l'Etat, des politiques de prévention et de promotion de la santé en s'appuyant sur des outils de planification, de programmation, d'accompagnement des partenaires, de financement et d'évaluation d'actions ou de structures. Elle intervient par ailleurs directement sur :

- La veille et gestion des alertes sanitaires<sup>6</sup> ;
- La prévention des risques liés aux milieux de vie (information, formation, avis d'expertise, contrôles).

---

<sup>6</sup> Cf. Volet VAGUSAN SRP PRS

**- Les collectivités territoriales :**

- Le Conseil Régional : ses compétences en matière d'aménagement du territoire, d'éducation et de formation professionnelle continue, d'environnement et de développement durable, de sports et de transports interagissent sur les facteurs environnementaux et l'acquisition des compétences individuelles, leviers à mobiliser pour créer les conditions d'un environnement propice à la santé des usagers ;
- Les Conseils Généraux : leurs compétences en matière de transports, de jeunesse et des sports, d'environnement et de solidarité permettent également de créer les conditions d'un environnement propice à la santé ; par ailleurs, ils jouent un rôle majeur sur les actions en direction de la petite enfance via la Protection Maternelle Infantile (PMI). 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, les conseils généraux du Bas-Rhin et du Haut-Rhin mènent des politiques volontaristes en matière de santé publique : prévention de la tuberculose, des infections sexuellement transmissibles, soutien aux campagnes organisées de dépistage des cancers ou soutien aux campagnes de vaccination. L'animation de ces politiques est organisée par les services départementaux ou par l'octroi de subventions aux promoteurs ;
- 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, politique de la ville (ex : contrats urbains de cohésion sociale, ateliers santé-ville...), transports, éducation (ex : restauration des écoliers), culture, emploi, logement, hygiène et salubrité des milieux. Elles organisent généralement des actions de proximité auprès de la population.

**- Les institutions compétentes en matière de protection sociale** (les CPAM du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, la MSA, le RSI, la CRAM/CRAV, le Régime Local d'Assurance maladie d'Alsace-Moselle) interviennent plus précisément sur le dépistage des cancers, la prévention bucco-dentaire, le diabète et la prévention des maladies cardio-vasculaires. Ces organismes financent également des prestations prenant en charge des actes de professionnels de santé s'intégrant dans le champ de la prévention ;

- Le **mouvement mutualiste** mène, finance ou promeut également des actions de prévention et de promotion de la santé et parfois verse des prestations s'y rapportant.

**A.1.c/Les territoires**

La politique de prévention s'inscrit dans des territoires chaque fois spécifiques ; elle doit en prendre en compte les caractéristiques démographiques, sociales et d'organisation.

L'état des lieux réalisé par l'agence régionale de santé a mis en évidence à cet égard les disparités de situation des territoires au sein de la région (cf. document Etat des lieux PRS), en ce qui concerne l'espérance de vie, la consommation de soins ou la participation aux politiques de prévention. Ces écarts sont le reflet d'inégalités sociales. L'objectif des politiques de prévention est d'agir prioritairement dans ces territoires au bénéfice des populations qui y résident, de façon à réduire les inégalités territoriales et sociales de santé au sein de la région.

Un des vecteurs privilégié de cette politique est le contrat local de santé (CLS), négocié avec les collectivités locales qui souhaitent s'engager dans une politique de promotion de la santé.

## **A.2/ Les objectifs structurant l'organisation de la prévention et de la promotion de la santé.**

Le bilan de la politique de prévention présenté en commission de coordination le 17 novembre 2010 a établi les constats suivants :

- L'appel à projet est devenu au fil des années le mode quasi exclusif de financement des promoteurs en prévention ;
- La logique de « thématiques » de l'appel à projets a pénalisé certains opérateurs qui développent habituellement des approches globales et permanentes, voire des démarches de promotion de la santé ;
- Le caractère annuel de l'appel à projets contribue à fragiliser le fonctionnement des opérateurs ainsi que des programmes et actions qu'ils ont été amenés à mettre en place;
- La mise en place d'un dispositif de commande publique en 2008 ne s'est pas avérée concluante.

Avec les conséquences suivantes :

- Un nombre d'actions financées très important mais s'accompagnant d'un saupoudrage des crédits ;
- Des difficultés à évaluer la pertinence des actions ;
- Des territoires, des problématiques et des populations peu couverts.

L'état des lieux des actions de prévention et de promotion de la santé en Alsace réalisé en 2010 a pourtant relevé un tissu d'acteurs engagés dans une politique de prévention et de promotion de la santé relativement dense en région.

Les objectifs du schéma doivent ainsi pouvoir s'appuyer sur ces ressources pour améliorer la coordination entre les acteurs (usagers, promoteurs d'actions, financeurs), corriger les inégalités territoriales d'accès à la prévention et promouvoir une démarche qualité des actions.

### **A.2.a/Renforcer et développer la gouvernance entre partenaires de la prévention.**

Cet objectif doit favoriser la construction d'outils facilitant la coordination entre les différents acteurs et doit permettre, dans un contexte budgétaire contraint, de mutualiser les ressources entre co-financeurs et in fine d'accroître la visibilité des promoteurs et des bénéficiaires des actions sur les priorités d'actions régionales en matière de prévention et de promotion de la santé.

Les leviers à mobiliser sont :

- La commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile : elle est chargée de la validation politique, de la réalisation, du suivi et de l'évaluation des objectifs fixés par le schéma ;
- L'appui ponctuel de certains experts (ORSAL, IREPS notamment) pour aider à l'élaboration d'outils en lien avec les objectifs opérationnels ci-dessous fixés.

#### **A.2.a/i Partager et faire connaître les priorités de santé en matière de prévention et promotion de la santé.**

Objectif opérationnel : connaître et faire connaître les priorités de chaque partenaire auprès du public et des promoteurs :

La diversité des acteurs institutionnels impliqués dans une politique de prévention et de promotion de la santé rend nécessaire de faire connaître et partager les priorités de chacun, de façon à susciter des partenariats.

Pour atteindre cet objectif, les leviers à mobiliser sont :

- La diffusion des campagnes de communication nationales, régionales et locales via les sites et relais d'informations existants ;

- La création d'un outil internet grand public sur le site de l'Agence régionale de santé permettant d'identifier les actions portées par les partenaires ;
- La création d'espaces collaboratifs dédiés aux partenaires/financeurs et aux promoteurs permettant d'identifier les actions portées par les partenaires ;
- La formalisation de partenariats rapprochés sur des priorités d'actions communes, par le biais d'outils de contractualisation spécifiques (ex : protocole ARS / DRJSCS-DDCS67–DDCSPP68 ; contrats locaux de santé avec les collectivités locales ; conventions avec le rectorat et les inspections académiques...).

Objectif opérationnel : partager et diffuser un consensus régional sur les stratégies de financement permettant de sécuriser les promoteurs, d'accompagner les dynamiques territoriales, de conforter la démarche participative et de susciter des projets innovants.

Les financeurs, dès lors qu'ils s'accordent sur des priorités communes, ont intérêt à s'entendre également sur des stratégies de financement partagées. Sans remettre en cause les compétences et l'autonomie de décision de chacun, cet objectif doit permettre de favoriser une démarche de contractualisation à moyen terme avec les promoteurs. Cette démarche permettrait d'inscrire les actions dans la durée et d'en faciliter l'évaluation, de susciter des projets territoriaux sur des territoires peu couverts, d'associer les promoteurs, les collectivités territoriales, les élus, les bénéficiaires des actions à leur réalisation, et in fine de permettre l'émergence de projets innovants, notamment en matière de promotion de la santé.

Pour atteindre cet objectif, les leviers à mobiliser sont :

- L'élaboration et la diffusion par l'agence d'un cadre stratégique de financement des actions de prévention et de promotion de la santé reposant sur trois piliers ; la négociation des contrats pluriannuels; la négociation de contrats locaux de santé ; un appel à projet annuel complémentaire des deux voies d'action précédentes ;
- L'élaboration et la diffusion d'une grille de critères partagée sur les actions éligibles à la contractualisation pluriannuelle ;
- L'élaboration et la diffusion d'un contrat pluriannuel-type.

#### A.2.a/ii Recenser, mobiliser et développer l'ensemble des ressources budgétaires disponibles dans le respect des contraintes et compétences de chaque institution :

Objectif opérationnel : réaliser et actualiser régulièrement un inventaire des ressources existantes en dépenses d'intervention et de fonctionnement (état financier régional)

L'état des lieux a démontré la difficulté de recenser de façon exhaustive les ressources mises en œuvre par les différents partenaires pour le financement et/ou la conduite en régie directe d'actions de prévention et de promotion de la santé.

Le contexte de contrainte budgétaire incite à une plus grande transparence sur les ressources (humaines, budgétaires, logistiques ) mises à disposition par les différents partenaires, à la fois pour faciliter la coordination et la mutualisation des actions, dégager des marges de manœuvre pour des projets innovants, rendre compte aux instances de démocratie sanitaire, ainsi qu'aux promoteurs de l'utilisation des crédits publics.

Pour atteindre cet objectif, les leviers à mobiliser sont :

- La consolidation de l'état des lieux réalisé par l'agence régionale de santé à l'été 2010 et l'agrégation des données au sein du système d'information déployé par l'IREPS et l'ORSAL ;
- L'organisation régulière d'une « revue des ressources » en commission de coordination ;
- L'information des promoteurs et des instances de démocratie sanitaire quant aux montants des ressources mobilisées.

Objectif opérationnel : pérenniser et développer la logique de mise en commun des ressources

Dans la continuité des appels à projets lancés par le groupement régional de santé publique (GRSP), l'ARS Alsace a poursuivi en 2011 la démarche de mise en commun des ressources avec les partenaires contributeurs que sont le Régime Local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle, la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires, et la Mutualité Française d'Alsace.

Elargir cette démarche, sur la base du volontariat, à d'autres contributeurs permettrait de mieux valoriser leur rôle vis-à-vis des promoteurs et des bénéficiaires des actions, de mutualiser les ressources sur des objectifs communs et de financer éventuellement des projets innovants. Cet objectif pourrait concerner en priorité les services de l'Etat (Préfectures, DRAAF – DIRECCTE – DRJSCS – DDCS / DDCSPP – DREAL), les CPAM, le RSI et la MSA pour les éventuelles actions FNPEIS qui resteraient du ressort local, la CRAMAM (CARSAT), les collectivités locales.

Pour atteindre cet objectif, les leviers à mobiliser sont :

- Le travail de coordination et d'information au sein de la commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile ;
- La négociation de contrats locaux de santé associant plusieurs financeurs.

Objectif opérationnel : assurer un rôle de veille et d'alerte pour les promoteurs et les financeurs concernant les appels à projet européens, nationaux, régionaux

Des institutions européennes (FSE...), nationales (INCA, DGS, CNSA, MILDT, INPES, Fondations...) ou régionales peuvent contribuer au financement des actions de prévention et de promotion de la santé.

L'Agence régionale de santé s'engage à assurer un rôle de veille et d'alerte auprès des promoteurs et des financeurs sur les appels à projets lancés qui permettra de partager ensuite l'information avec l'ensemble des promoteurs potentiellement intéressés.

Pour atteindre cet objectif, un outil informatique (page dédiée du site internet de l'Agence, newsletter...) sera créé où les appels à projets seront systématiquement inscrits pour une lisibilité large. Cet outil concernera aussi bien les promoteurs que les financeurs.

**A.2.a/iii Harmoniser les modalités de dépôt des demandes de subvention.**

Objectif opérationnel : harmoniser les calendriers

Les calendriers de dépôt des demandes de subvention auprès des différents financeurs diffèrent. Il s'agirait ici d'échanger sur les calendriers de travail de chacun, de les faire connaître auprès des promoteurs, pour tenter de les harmoniser voire, pour les financeurs volontaires et qui disposent des marges de manœuvre pour le faire, de s'inscrire au sein d'un calendrier unique se matérialisant par un guichet, coordonné par l'Agence régionale de santé, comprenant une plateforme d'orientation des dossiers de demande de subventions déposés par les promoteurs vers les financeurs sollicités.

Dans cette optique et afin d'améliorer la connaissance partagée des actions déployées dans chaque territoire, cette plateforme d'orientation pourrait être adossée à un système d'information permettant, en temps réel, à l'ensemble des financeurs de la région, voire le cas échéant, aux promoteurs, de consulter l'intégralité des dossiers déposés ainsi que l'état d'avancement de leur instruction (enrichissement systématique, par les co-financeurs, des décisions de financement).

Pour atteindre cet objectif, les leviers à mobiliser sont :

- Le recensement des calendriers de travail des partenaires ;
- La convergence des calendriers, pour les partenaires volontaires et l'élaboration d'un document de communication partagé (rétro planning annuel) pour les promoteurs et les financeurs ;

- La création d'un guichet unique avec une plateforme d'orientation pour les financeurs volontaires ;
- La construction et l'alimentation d'un système d'information partagé.

Objectif opérationnel : harmoniser les contenus des dossiers de demandes de subvention

L'objectif est de définir un socle minimal de contenu des projets déposés, commun à l'ensemble des financeurs.

Pour atteindre cet objectif, les leviers à mobiliser sont :

- Le recensement des modèles-types de dossiers et pièces justificatives demandées aux promoteurs ;
- La création d'un modèle régional partagé de demande de subvention prenant en compte les contraintes respectives de chaque financeur avec le concours de la plateforme ressources en éducation et en promotion pour la santé.

**A.2.a/iv Harmoniser les règles de sélection et d'instruction des demandes de subvention et les faire connaître.**

Objectif opérationnel : identifier et partager des critères de recevabilité et d'irrecevabilité des projets

Malgré les progrès réalisés dans le cadre du GRSP à l'occasion de l'instruction des appels à projets annuels, notamment par l'élaboration d'une grille partagée d'instruction, des améliorations peuvent encore être envisagées.

Un modèle partagé de grille d'instruction devra prendre en compte les contraintes et les exigences spécifiques de chaque financeur.

Pour atteindre cet objectif, les leviers à mobiliser sont :

- L'actualisation de la grille partagée d'instruction par la commission de coordination avec le soutien technique et méthodologique de la plateforme ressources précitée et l'IREPS ;
- L'élaboration et la validation d'une liste de critères d'exclusion commune et la diffusion de cette liste aux promoteurs.

Objectif opérationnel : partager des règles pour l'instruction financière des projets

Les pratiques de présentation par les promoteurs et d'instruction par les financeurs des demandes de subvention sont hétérogènes.

L'objectif est là encore d'identifier des règles partagées formant un socle minimal, à la fois pour les promoteurs et les financeurs.

Pour atteindre cet objectif, les leviers à mobiliser sont :

- Le recensement des pratiques en matière d'instruction budgétaire par les financeurs ;
- L'élaboration d'un socle minimal de règles à instaurer et inscrire dans l'appel à projet régional et dans les contrats-types ;
- L'élaboration de ratios de gestion par grands postes de dépenses ou, pour le moins, un barème de lecture budgétaire commun aux financeurs ;
- La mise en œuvre d'un plan de formation pluriannuel des instructeurs.

Objectif opérationnel : réaliser des conventions multipartites pour les actions cofinancées

De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé font l'objet de cofinancements.

Réaliser des conventions multipartites, pour une action dont l'éligibilité aura été décidée collégialement, permettra d'alléger les contraintes administratives pour le promoteur et de partager entre financeurs l'information et l'expertise budgétaire.

Pour atteindre cet objectif, les leviers à mobiliser sont :

- L'élaboration d'une grille de critères, outil d'aide à la décision pour décider de l'éligibilité des actions ;
- L'élaboration puis l'expérimentation de conventions multipartites.

### A.2.a/v Harmoniser les pratiques en matière de suivi et d'évaluation des actions

#### Objectif opérationnel : recenser les pratiques en matière de suivi et d'évaluation

Les outils utilisés actuellement lors des campagnes budgétaires (fiche intermédiaire de réalisation, rapports d'activité annuels) permettent de rendre compte du degré de réalisation des actions, facilitant un suivi plus quantitatif que qualitatif des actions.

Une réflexion doit être engagée pour développer l'évaluation des actions menées.

Cette réflexion portera sur :

- l'auto-évaluation par les promoteurs, qui sera systématiquement intégrée dans les critères de l'appel à projet, ainsi que des contrats (procédure, modalités, financement dédié, référentiels commun pour les promoteurs). Il conviendra de veiller plus particulièrement à ce qu'elle ne soit pas perçue par les promoteurs comme une contrainte supplémentaire, mais comme une méthode de progression qualitative. En ce sens, il est impératif d'associer les promoteurs aux réflexions dès cette phase ;
- l'évaluation par les financeurs. Elle pourra, le cas échéant, être externalisée (choix de la structure évaluatrice) et rétribuée par les financeurs selon une procédure formalisée restant à définir (marché public ou autre) ;
- le suivi de l'action par les financeurs.

La mise en place d'un Comité de Coordination de l'Evaluation (émanation de la Commission de coordination) pourrait être envisagée.

Il aurait pour mission de :

- Recenser, valider et diffuser des référentiels d'évaluation communs à tous les promoteurs (phase de l'auto-évaluation) et à tous les financeurs (phases de l'évaluation-financeur et du suivi de l'action) ;
- Réaliser une grille de critères partagée justifiant l'organisation des missions d'évaluation ;
- Valider un plan partenarial concerté annuel ou pluriannuel d'évaluation (basé sur le principe de la répartition entre les financeurs des évaluations à réaliser) ;
- Valider les résultats des évaluations menées en application du plan partenarial annuel ou pluriannuel d'évaluation. Les résultats et conclusions seraient ainsi opposables à tous les financeurs.

Pour atteindre cet objectif, les leviers à mobiliser sont :

- Le recensement des méthodes et des outils de suivi et d'évaluation actuellement utilisés par les divers financeurs ;
- L'élaboration et l'expérimentation d'une méthode de suivi et d'évaluation partagée, notamment pour les actions pluriannuelles ;
- La saisine de la commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile en vue de la constitution du comité de coordination de l'évaluation.

#### Objectif opérationnel : dédier un budget à l'évaluation des actions

Les actions donnant lieu à contrat sur le moyen terme doivent prévoir de façon systématique les modalités de leur évaluation.

Pour atteindre cet objectif, les leviers à mobiliser sont :

- L'identification des ressources existantes et nécessaires (promoteurs et financeurs) pour l'évaluation des actions, notamment pour les actions contractualisées et/ou cofinancées ;

- Le conventionnement avec des organismes tiers afin d'expérimenter l'évaluation externe de certaines actions contractualisées et/ou cofinancées.

Objectif opérationnel : diffuser les rapports d'évaluation entre financeurs

Chaque financeur peut être amené à piloter des missions d'évaluation pour des actions cofinancées ; diffuser les rapports d'évaluation permettrait d'enrichir la connaissance respective des actions, de partager entre financeurs les critères qui ont justifié une mission d'évaluation, voire d'alerter chaque co-financeur sur les difficultés éventuelles concernant la réalisation d'une action. Ces rapports pourraient ainsi être diffusés et publiés au sein de l'espace collaboratif « financeurs » précité.

Pour atteindre cet objectif, les leviers à mobiliser sont :

- Le recensement des rapports d'évaluation existants pour les actions financées ;
- La publication de ces rapports et des rapports à venir au sein de l'espace collaboratif « financeurs » ;
- La communication une fois par an en commission de coordination des résultats des évaluations et des éventuelles alertes.

**A.2.b/Améliorer la couverture territoriale des actions de prévention et de promotion de la santé**

**A.2.b/i Développer et pérenniser un système régional d'informations en matière d'actions de prévention et de promotion de la santé.**

Objectif opérationnel: mettre en place un recueil régional de données permettant le pilotage des politiques de prévention et de promotion de la santé

Le recensement des actions de prévention réalisé en 2010 a démontré la difficulté d'une connaissance exhaustive, préalable pourtant nécessaire à l'élaboration d'une stratégie adaptée aux besoins et aux ressources : la création d'un système régional d'information dédié à la prévention et la promotion de la santé permettrait de fiabiliser, de partager et de mettre à jour en continu le recensement.

Pour atteindre cet objectif, les leviers à mobiliser sont :

- La définition d'un corpus commun de données pour un dispositif de suivi partagé des actions incluant, le cas échéant des indicateurs (nombre et nature des actions, identification des promoteurs et des financeurs, territorialisation...);
- L'élaboration et la mise en place de la base de données avec le soutien de l'ORSAL et de l'IREPS ;
- La consolidation en continu des données (par la mise en forme d'une méthodologie partagée d'alimentation de la base, la mise en place d'une supervision centralisée (webmestre) et par des évaluations type enquêtes de satisfaction auprès des utilisateurs) ;
- L'organisation d'actions de communication (promoteurs, financeurs, grand public) permettant la connaissance et la diffusion de la base.

**A.2.b/ii Réaliser et/ou susciter des diagnostics territoriaux partagés au sein des territoires jugés prioritaires**

Des diagnostics territoriaux partagés, permettant une approche affinée de la situation démographique, sociale, sanitaire, doivent pouvoir être menés au sein des territoires jugés prioritaires.



## Qu'appelle-t-on diagnostic territorial partagé ?

Les enjeux sont de :

- Partager avec les décideurs locaux (collectivités locales, territoriales, communes, groupements de communes), les partenaires (institutionnels, associatifs), les conférences de territoires et les usagers une connaissance fine du territoire pour élaborer un diagnostic et des propositions communs ;
- Mettre en place une démarche prospective pour mettre en œuvre ces recommandations ;
- Permettre à tous les partenaires volontaires du territoire concerné d'utiliser leurs moyens d'interventions pour concrétiser les recommandations.

Les conditions à respecter sont :

- Une volonté politique locale ;
- La mobilisation des compétences et ressources nécessaires au diagnostic territorial ;
- La formalisation de la démarche : le cahier des charges et la méthodologie du diagnostic territorial.

Les étapes à respecter sont :

- L'identification avec les décideurs locaux (et les partenaires) de l'objet du diagnostic : offre globale territoriale de santé ou réponse à une demande, à une priorité de santé particulière sur le territoire ;
- Le recueil des données relatives à la situation sanitaire générale du territoire et à l'offre sanitaire locale (analyse quantitative et analyse qualitative) ;
- L'analyse de l'adaptation de l'offre sanitaire locale existante et de sa réponse à la demande des habitants du territoire ;
- La formalisation de préconisations avec des objectifs à atteindre, le plus souvent via un contrat local de santé.

Les objectifs opérationnels sont les suivants :

- La validation partagée d'une méthodologie de diagnostic territorial de santé proposé par l'ORS d'Alsace ; la méthodologie retenue pourra largement s'inspirer du guide à destination des maîtres d'ouvrage d'un diagnostic local de santé édité par la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé<sup>7</sup> et être rapidement utilisée ;
- La réalisation de deux diagnostics minimum par an sur la période du projet régional de santé ;
- L'accompagnement des institutions, collectivités volontaires dans la démarche du diagnostic partagé, en fonction du cahier des charges et de la méthodologie de diagnostic territorial de santé validés.

### A.2.b/iii Mener une politique de prévention fortement inscrite dans les territoires

Objectif opérationnel : Promouvoir l'animation territoriale en matière de prévention/promotion de la santé

L'animation territoriale permet de contribuer au développement du territoire dans le champ de la prévention/promotion de la santé, en associant étroitement élus, professionnels, institutionnels, associatifs et bénévoles tout en veillant à la cohérence des dynamiques locales avec les priorités nationales et régionales de santé.

Au-delà toutefois du seul champ de la prévention / promotion de la santé, cette fonction présente également l'avantage de pouvoir rassembler et coordonner la réflexion de l'ensemble des acteurs de la prévention, de l'offre sanitaire et de l'accompagnement médico-social dans la définition d'un destin commun autour de l'adaptation des prises en charge au bénéfice de la population d'un territoire donné.

<sup>7</sup> [http://www.fnors.org/uploadedFiles/publicationsFnors/Fnors\\_guideDLS\\_2010.pdf](http://www.fnors.org/uploadedFiles/publicationsFnors/Fnors_guideDLS_2010.pdf)

Cette dynamique partenariale transversale permet, le moment venu, de légitimer pleinement le détenteur de la fonction et ce, indépendamment de son origine professionnelle ou son activité sur le territoire.

Aussi, l'animation territoriale est à développer au sein des territoires de santé, voire de zones infra-territoriales, avec l'enjeu d'être :

- Le garant de la transversalité de la prise en charge ; le point de départ de la réflexion est bien l'identification d'un besoin de la population concernée auquel on répond par une intervention de l'ensemble des acteurs autour d'elle : elle polarise géographiquement les interventions et impose ainsi la définition d'un parcours de santé à son bénéfice ;
- Le lieu de l'analyse des besoins, avec une fonction d'observation locale (diagnostics territoriaux précités) ;
- Le catalyseur de l'émergence de projets locaux ascendants, impulsés par les acteurs.

#### Objectif opérationnel : Promouvoir les Contrats Locaux de santé (CLS)

Les contrats locaux de santé ont pour objet de partager des objectifs d'action en santé entre une collectivité territoriale et l'Agence régionale de santé ; ils sont toutefois ouverts à d'autres partenaires.

Cette forme d'action sera privilégiée par l'Agence ; ils permettent efficacement de :

- Affiner et compléter le diagnostic local de santé grâce aux outils d'observation mis en place par la collectivité ;
- Définir conjointement des objectifs opérationnels à l'échelle du territoire couvert par la collectivité ;
- Bénéficier de la connaissance par la commune de sa population, des réseaux sociaux et des associations actives pour améliorer l'efficacité des actions de prévention ;
- Prendre en compte les inégalités d'accès à la prévention ou aux soins afin de les réduire ;
- Inscrire l'action dans le temps ;
- Soutenir la collectivité dans sa volonté de prendre en compte la santé au sein de toutes les politiques qu'elle met en œuvre (ex. en matière de lutte contre l'obésité : information, formation, actions sur la restauration collective, actions sur l'offre et l'accès à l'activité physique, etc.) ;
- Intégrer les problématiques d'aménagement du territoire dans les décisions de santé.

#### Objectif opérationnel : Promouvoir une démarche de prise en compte de la santé dans toutes les politiques publiques

L'objectif est d'intégrer la santé dans les autres politiques publiques et de la relayer au travers de l'ensemble des dispositifs portés en région par tous les responsables de collectivités territoriales susceptibles d'avoir une influence sur les situations de santé.

Pour ce faire, un plaidoyer en faveur de la promotion de la santé pourrait être réalisé pendant la durée du schéma auprès des différentes instances que sont la commission spécialisée « prévention » de la CRSA, les quatre conférences de territoire, les associations départementales des Maires de France notamment.

Si, pour certaines actions, l'intercommunalité paraît la plus pertinente, pour d'autres, la zone de proximité, voire les territoires de santé ou encore des zones géographiques autres d'expression de ces politiques publiques sont des périmètres plus adaptés. Il importe dès lors :

- D'identifier, avec les porteurs des politiques publiques, les niveaux pertinents de la coordination des politiques et actions de prévention/promotion de la santé ;
- De recenser dans les territoires pertinents ainsi identifiés les relais et ressources partenariaux des volets prévention/promotion de la santé (exemples sans exhaustivité : ateliers santé ville, unités territoriales d'actions médico-sociales des conseils généraux, réseaux de santé, conférences de territoires ...)

- De renforcer la visibilité et la lisibilité des actions de prévention/promotion des santés déployées sur les territoires pertinents par les décideurs locaux.

Ce dernier levier renvoie à la problématique de la coordination territoriale des actions de prévention/promotion de la santé. Ainsi, obligation devrait être faite à tout promoteur désireux de s'implanter sur un territoire donné, d'en informer systématiquement l'autorité politique en responsabilité sur le territoire, concomitamment à l'information de l'ARS.

Objectif opérationnel : Prendre en compte la position transfrontalière de l'Alsace

Le groupe santé de la Conférence du Rhin Supérieur est un lieu d'échanges sur les politiques de prévention menées dans les différents pays et de réflexions le cas échéant sur des politiques communes aux trois pays. La tenue d'un séminaire franco-germano-suisse sur cette question en avril 2012 peut être l'occasion d'amorcer ces réflexions.

### A.2.c/ Promouvoir une démarche qualité des actions de prévention et de promotion de la santé

#### A.2.c/i Recenser et faire connaître les référentiels en matière de bonnes pratiques de prévention et de promotion de la santé.

Ces référentiels ont été progressivement développés depuis une vingtaine d'années.

Ils doivent être diffusés aux promoteurs et aux financeurs, en s'appuyant sur les organismes-ressources (IREPS, plateforme ressources en éducation et en promotion pour la santé ...).

#### A.2.c/ii Valoriser les actions de prévention et de promotion de la santé et favoriser la recherche et l'innovation en la matière.

Malgré la richesse et la diversité des actions menées sur le terrain, les financeurs et les promoteurs disposent finalement de peu d'informations sur les actions locales probantes, les promoteurs ayant de surcroît des difficultés à valoriser leurs actions.

Aussi, sans se substituer aux phases d'évaluation interne et externe inhérentes à toute action de prévention et de promotion de la santé, il apparaît nécessaire de mieux mettre en valeur les études et actions éprouvées en Alsace, et in fine faciliter les appels à projet de recherche en la matière.

L'objectif pourrait être décliné de la façon suivante :

- L'élaboration et la validation d'une méthode mettant en valeur les actions, en partenariat avec l'Université de Strasbourg, le Laboratoire d'Epidémiologie de Santé Publique (LESP), l'ORSAL et l'IREPS ;
- L'accompagnement de certains promoteurs en vue de cette **valorisation**, pour des actions relevant de thématiques prioritaires (cancer, maladies cardio-vasculaires ...) et bénéficiant d'un contrat pluriannuel et/ou inscrites dans le périmètre des futurs contrats locaux de santé ;
- La promotion des appels à projet en matière de recherche au sein de l'Université de Strasbourg.

#### A.2.c/iii Moderniser la documentation en éducation et en promotion de la santé dans une logique de proximité.

La documentation est un apport important dans la recherche de qualité dans les actions de prévention et promotion de la santé.

La poursuite de la modernisation de cet outil pourrait se faire par le développement de l'Espace régional de documentation en lien avec la plateforme ressources en éducation et promotion de la santé et l'implication continue de la CRAMAM (demain CARSAT) en agissant sur les leviers suivants :

- Le recensement des ressources existantes et l'identification de leur plus-value pour le public et les promoteurs (étude en cours au sein de l'IREPS en 2011) ;
- La mutualisation des ressources entre le CIRDD et l'IREPS ;

- La définition de stratégies de diffusion de documents provenant du niveau national (par exemple, calendrier « à tout prix » pour les bénéficiaires de l'aide alimentaire, synthèses PNNS, référentiels de bonnes pratiques, etc.).

#### A.2.c/iv Faire connaître les ressources existantes en matière d'accompagnement pour la méthodologie de projet en valorisant la plateforme ressources en éducation et en promotion pour la santé

L'accompagnement en méthodologie de projet est une demande récurrente de la part des acteurs de terrain et de plus en plus de la part de communes qui souhaitent s'engager dans les questions de santé. Plusieurs d'entre elles sont ainsi demandeuses de ressources, d'aide et d'accompagnement pour élaborer et développer des actions.

Promouvoir les ressources existantes contribuerait à développer de manière équitable et adaptée les actions de promotion de la santé. De même, cette démarche favoriserait la connaissance des structures et des actions développées dans la région.

Pour ce faire, les leviers à mobiliser pourraient être :

- La poursuite et le développement des formations actions pour les promoteurs volontaires ;
- Une communication institutionnelle et politique (élus) sur ces ressources existantes ;
- L'organisation de temps de rencontres (séminaires, colloques régionaux) entre acteurs et institutionnels ;
- La communication et le recensement précis des prestations à offrir.

#### A.2.d/Coordonner et dynamiser l'Education Thérapeutique du Patient (ETP)

##### Rappels et définitions

L'Organisation Mondiale de la Santé en donne la définition suivante :

*« L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie. Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des agences régionales de santé. »*

La loi du 21 juillet 2009 lui a donné un cadre juridique en prévoyant que l'agence régionale de santé autorise les programmes d'éducation thérapeutique. Au 01<sup>er</sup> octobre 2011, 71 programmes ont été autorisés en Alsace, portés dans 79% des cas par des établissements de santé. Les programmes autorisés sont répartis majoritairement autour des trois grandes agglomérations de la région : Strasbourg, Colmar et Mulhouse, 22 programmes proposent une offre régionale, soit liée à la fréquence de la pathologie (SEP, maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, greffés hépatiques, mucoviscidose), soit liée aux compétences d'une équipe soignante (AVC, hépatite C, greffés du poumon).

La politique nationale, établie par le ministère en charge de la santé en lien et en cohérence avec le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteinte de maladies chroniques, vise à développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP) à l'échelle du pays.

Le développement et la coordination de l'ETP en région doit prendre en compte les grands principes suivants : la transversalité, la multidisciplinarité, le caractère multi-professionnel, la territorialité, la mutualisation des ressources et les bonnes pratiques professionnelles.

Cette construction s'articule autour de six objectifs opérationnels.

### A.2.d/i Développer l'éducation thérapeutique à l'échelle de la région

L'éducation thérapeutique du patient est à la charnière entre la prévention et le soin et constitue également un élément de jonction entre la prise en charge médicale et l'accompagnement médico-social.

Dans une région où le taux de prévalence des maladies chroniques est élevé, elle fait partie des axes prioritaires d'action en santé identifiés par le plan stratégique régional de santé.

Il s'agit d'une mission à part entière des établissements de santé. A ce titre, différents volets du schéma régional d'organisation des soins abordent ce champ d'action (insuffisance rénale chronique, médecine, cancer, soins de suite et de réadaptation notamment).

Il s'agit aussi d'un mode d'intervention auquel doit pouvoir recourir le médecin traitant, en complément de son action d'information et de prise en charge du patient.

### A.2.d/ii Créer une instance de pilotage de l'ETP en Alsace

La stratégie de développement et de coordination de l'ETP doit être construite de façon partenariale, avec les acteurs universitaires et hospitaliers mais également les réseaux de santé, les professionnels libéraux et les associations de patients. Elle doit être élaborée avec l'Assurance Maladie (CNAMTS, RSI, MSA et régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle) et les organismes complémentaires, qui s'investissent actuellement dans l'éducation thérapeutique.

La plateforme ETP Alsace sera le support du travail de cette instance pilotée par l'Agence régionale de santé.

### A.2.d/iii Développer la formation en ETP dans la région

En cohérence avec le diagnostic alsacien, il s'agira notamment de :

- Faciliter la mise en place d'un diplôme universitaire à la faculté de médecine de Strasbourg ;
- Proposer une offre de formation de niveau 1 en région, via la plateforme ETP Alsace ;
- Soutenir les structures ressources en ETP (plateforme ETP Alsace et unités transversales d'éducation thérapeutique -UTEP -des établissements de santé) ;
- Apporter une aide méthodologique aux promoteurs dans le montage de projet (rôle des structures ressources : plateforme ETP Alsace, UTEP) ;
- Créer un outil d'auto-évaluation régional.

### A.2.d/iv Améliorer la lisibilité et promouvoir l'offre aux patients

Les autorisations données par l'Agence régionale de santé ont permis de recenser l'activité de l'ETP sur la région. Cette offre fait l'objet d'une diffusion sur le site Internet de l'ARS Alsace. ; elle doit être présentée de façon synthétique et attractive (cartographies).

L'offre en région doit faire l'objet d'une diffusion, aux acteurs de l'ETP mais également à tous les professionnels de santé ainsi qu'aux patients et à leurs associations. Une communication plus large doit être envisagée (via l'Assurance Maladie, les associations de patients, les représentants des professionnels de santé URPS).

### A.2.d/v Améliorer la coordination des programmes existants

Cela passe par :

- L'organisation de journées régionales de rencontre des acteurs en ETP ;
- La mise à disposition des ressources de la plateforme ETP Alsace auprès des opérateurs d'ETP ;
- La création d'unités transversales d'ETP (UTEP) dans les établissements de santé.

## A.2.d/vi Développer l'offre en ambulatoire<sup>8</sup>

L'offre en ville est en construction, actuellement centrée sur les réseaux, les centres d'examen de santé et une maison pluridisciplinaire de santé. Cette offre doit se développer à travers de nouveaux programmes mais également à travers une pratique moins formalisée dans les cabinets médicaux.

### Renforcer le rôle du médecin traitant

L'éducation thérapeutique n'est pas encore entrée dans les pratiques de la médecine de ville, même si une enquête<sup>9</sup> révèle que neuf médecins sur dix sont favorables à la mise en place d'un programme d'ETP pour leurs patients atteints de maladies chroniques.

L'ETP ne se décrète pas, sa pratique nécessite une volonté du soignant, une sensibilité à la santé publique. Elle requiert également une formation spécifique et des méthodes pédagogiques. Enfin, elle s'appuie sur une organisation développant des liens avec d'autres professionnels de santé du même secteur géographique. Cette activité ne s'inscrit pas forcément dans un programme.

En région, une sensibilisation et une promotion de l'ETP auprès des médecins généralistes doivent être organisées. L'objectif sera de faire connaître l'ETP et les ressources régionales existantes auprès des médecins traitants.

Il est possible d'impulser cette mobilisation via la participation de l'Agence régionale de santé à la construction des futurs programmes de développement professionnel continu (DPC), l'inscription de la thématique dans les programmes de formation médicale continue, les visites des délégués de l'Assurance Maladie (DAM), les échanges confraternels des médecins conseils, ou encore les « visites de santé publique » effectuées par l'URML Alsace auprès des médecins généralistes et financées par le Régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle.

### Recenser et soutenir les expérimentations en cours.

Deux expérimentations existent en région actuellement :

- Le FNPEIS finance un programme d'ETP régional développé par la plateforme ETP Alsace (maladies cardio-vasculaires, asthme et diabète<sup>10</sup>) ;
- en application de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et au titre des nouveaux modes de rémunération, un programme est autorisé pour la maison de santé de Woerth. (territoire de santé 1).

D'autres expérimentations menées par la CNAMTS se développent et devront, pour plus d'efficacité collective, être coordonnées avec l'action régionale (Sophia notamment).

---

<sup>8</sup> Cf. SROS PRS volet ambulatoire

<sup>9</sup> Paraponaris, Guerville et coll. Education thérapeutique des patients et hospitalisation à domicile Etudes et résultats, N° 753, février 2011

<sup>10</sup> Cf. SROS PRS ambulatoire

## B/ PARTIE 2 – LE PERIMETRE DES ACTIONS : AXES ET THEMATIQUES PRIORITAIRES

---

La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé en Alsace constitue un objectif majeur de la politique de santé publique en région.

Cet objectif vaut pour l'ensemble des actions menées par l'agence en population régionale et n'est donc pas circonscrit aux initiatives prises pour les personnes les plus démunies, dans le cadre du Programme Régional d'Accès à la Prévention et au Soins (PRAPS).

Il s'inscrit ainsi de manière transversale dans l'ensemble des priorités de santé du schéma régional de prévention, mais également dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire et médico-sociale.

### **B.1/ Les priorités d'action régionales**

Ces priorités d'action constituent la mise en œuvre du plan stratégique régional de santé (PSRS) dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé. Le PSRS a ainsi fixé pour la région 15 priorités d'action en fonction des critères de priorisation suivants :

- L'importance du problème de santé repéré en termes :
  - De prévalence (nombre de personnes concernées), d'incidence (nombre de nouveaux cas), de chronicité, de gravité (mortalité, conséquences fonctionnelles et handicap) pour la santé de la population ;
  - D'impact socio-économique ;
  - D'atypie de la situation régionale ;
- La continuité de l'action publique et la coordination de l'action avec les autres partenaires publics régionaux ;
- La prise en compte des priorités nationales de santé ;
- L'acceptabilité et la faisabilité de la réponse qui peut être apportée au problème de santé identifié :
  - L'existence d'une solution et de leviers d'action disponibles en région qui tiennent compte de la capacité nouvelle ouverte par la Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) de coordination entre les acteurs de la prévention, du soin et de l'accompagnement médico-social ;
  - La disponibilité des moyens impliqués en termes financiers, sociaux, humains ;
  - L'importance du bénéfice attendu social, sanitaire et pour la solidarité nationale ;
  - Le délai dans lequel les actions menées peuvent être réalisées et évaluées.

Les actions retenues au titre de la politique de prévention sont organisées autour de trois axes :

- Un axe transversal concernant les actions innovantes en promotion de la santé et la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé ;
- Un axe relatif à la réduction des pathologies ayant l'impact le plus fort sur la mortalité évitable en Alsace et à la réduction des comportements à risque ;
- Un axe orienté vers des populations particulièrement vulnérables.

Ces axes orienteront la politique de l'agence pour l'élaboration des cahiers des charges annuels des appels à projet, pour la fixation du contenu des contrats pluriannuels négociés avec les promoteurs et pour la négociation des futurs contrats locaux de santé.

Les tableaux ci-dessous recensent des pistes d'action susceptibles d'être mises en œuvre ; il ne s'agit pas d'un recensement exhaustif et les actions effectivement retenues feront l'objet d'un programme annuel de travail.

Il faut également souligner que la mise en œuvre conjointe des priorités ci-après décrites est susceptible d'avoir une incidence sur des pathologies repérées dans l'état des lieux mais non retenues comme priorités de santé par le PSRS : l'action sur les déterminants de santé aura par exemple un impact sur l'incidence des insuffisances respiratoires chroniques.

#### **B.1.a/ Les axes transversaux.**

<b>B.1.a/i Améliorer la santé des personnes par des actions innovantes en promotion de la santé</b>		
<b>Objectif stratégique</b>	<b>Objectifs spécifiques</b>	<b>Pistes d'actions</b>
<b>1° Améliorer la santé des personnes dans leur contexte de vie</b>	<b>1. Promouvoir un ensemble de pratiques visant le changement planifié d'habitudes et de conditions de vie ayant un rapport avec la santé</b>	1) Favoriser des actions innovantes en promotion de la santé, renforçant les compétences des personnes ainsi que visant le changement des conditions sociales, environnementales et économiques pesant sur la santé des individus et des groupes.
<b>Les principaux partenaires à la priorité de santé :</b> Etat, collectivités locales, assurance maladie, organismes complémentaires, professionnels de santé, médico-sociaux, sociaux, associations		



B.1.a/ii Réduire les inégalités territoriales et sociales de santé pour améliorer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé et aux soins

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Pistes d'actions
<p>1° Améliorer la connaissance et l'observation partagée des inégalités territoriales et sociales de santé (ITSS)</p>	<p><b>1. Mesurer les inégalités territoriales et sociales de santé</b></p> <p><b>2. Assurer une veille sociale et sanitaire</b></p>	<p>1) Identifier, par des diagnostics locaux partagés; les territoires pertinents affichant des ITSS</p> <p>2) Identifier, par territoire, les ressources, pour agir sur les ITSS</p> <p>3) Favoriser, pour les domaines encore insuffisamment exploités, des enquêtes spécifiques d'identification et d'objectivation des ITSS</p> <p>1) Mettre en place dans chaque territoire de santé une plate-forme santé-précarité (régionalisation et territorialisation de la plate-forme santé-précarité 67)</p> <p>2) Favoriser l'émergence d'un référent précarité-ITSS par territoire de santé (observation, animation et coordination territoriale)</p>
<p>2° Adapter les politiques de prévention et de promotion de la santé aux populations concernées</p>	<p><b>1. Promouvoir, par des actions de communication adaptée, des dispositifs de prévention et de promotion de la santé</b></p> <p><b>2. Simplifier les procédures d'admission au droit commun, en accompagnant plus spécifiquement certaines personnes et/ou publics</b></p> <p><b>3. Encourager les actions facilitatrices d'accès à la santé pour les publics vulnérables</b></p> <p><b>4. Prendre en compte l'expression de la demande et des besoins des personnes vulnérables elles-mêmes en privilégiant les démarches participatives de type santé communautaire</b></p>	<p>1) Favoriser l'émergence de canaux et de supports de communication spécifiques et adaptés, notamment en matière de dépistage des cancers.</p> <p>2) Favoriser la diffusion des outils auprès des acteurs de proximité y compris ceux qui assurent la coordination.</p> <p>3) Inciter les promoteurs bénéficiant de contrats pluriannuels à intervenir en direction des publics vulnérables (personnes en situation de précarité, âgées, handicapées).</p> <p>1) Favoriser les simplifications ou allègements des procédures administratives d'admission aux droits sociaux (CMU de base, CMU-C, ACS, AME). Une attention particulière devra être également portée à l'accompagnement à l'accès d'une couverture santé complémentaire, de droit commun ou autre, pour réduire notamment les renoncements aux soins.</p> <p>1) cf. PRAPS</p> <p>1) Initier, par un travail collaboratif avec les communes, des démarches de proximité, permettant de favoriser les actions communautaires de santé.</p>

	<b>5. Améliorer la prévention bucco-dentaire : un exemple de stratégie transversale devant réduire les inégalités sociales de santé.</b>	1) Proposer une stratégie spécifique pour les populations identifiées comme ayant un risque carieux élevé <sup>11</sup> , dans des zones géographiques fragiles, en particulier via les contrats locaux de santé dans les grandes agglomérations, en complément des actions déjà menées par les municipalités concernées.
<b>3° Adapter les politiques de santé aux territoires et favoriser leur prise en compte au sein des autres politiques publiques</b>	<b>1. Favoriser l'émergence de projets et contrats locaux de santé</b>  <b>2. Intégrer la santé dans les autres politiques publiques</b>	1) Mettre en place au moins deux contrats locaux de santé chaque année.  1) Favoriser par la négociation concertée la prise en compte de la santé dans les politiques publiques.
<b>Les principaux partenaires à la priorité de santé :</b> Etat, collectivités locales, assurance maladie, organismes complémentaires, professionnels de santé, médico-sociaux, sociaux, associations.		
<b>Autres schémas, plans, programmes concernés :</b> SROS ambulatoire, SROS hospitalier (tous volets), SROMS, PRAPS, PRGDR, PDALPD, PRIPI.		

**B.1.b/Diminuer la prévalence et l'incidence des pathologies ayant l'impact le plus fort sur la mortalité évitable en Alsace et réduire les comportements à risque.**

<b>B.1.b/i Diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité des enfants et adolescents.</b>		
<b>Objectifs stratégiques</b>	<b>Objectifs spécifiques</b>	<b>Pistes d'actions</b>
<b>1° Développer l'activité physique chez l'enfant et l'adolescent.</b>	<b>1. Favoriser l'exercice par un environnement adapté</b>	1) Encourager les collectivités à développer le transport actif et les mobilités douces, notamment par l'introduction d'un volet mobilité active dans les plans de déplacement urbain (actions 14, PNSE2 en lien avec action 14.1 du PNNS3). 2) Mettre en place des événements grand public pour promouvoir l'activité physique et sportive comme facteur de santé et de bien être (actions 14.2 PNNS3) 3) Sensibiliser les professionnels des secteurs de la santé, du social et de l'éducation nationale en contact avec les enfants et les adolescents, aux bénéfices santé de l'activité physique et sportive (action 15.2 PNNS3) 4) Accompagner les maisons départementales du handicap (MDPH) afin qu'elles intègrent dans les plans personnalisés de compensation, élaborés par les commissions départementales, l'accessibilité à la pratique d'une activité physique ou sportive adaptée (action 16.2 PNNS3)

<sup>11</sup>

Populations cibles : femmes enceintes ; enfants 0-3 ans : âges clés 6 mois et 2 ans ; enfants 3-6 ans : âge clé 3 ans ; enfants 6-12 ans : âges clés 6 et 9 ans ; jeunes 12-18 ans : âges clés 12 et 15 ans ; 18-25 ans : période clé de la sortie du foyer familial. 25-60 ans ; 60 ans : période clé du passage à la retraite. Populations à risque carieux élevé : personnes âgées dépendantes : à domicile et en institution ; personnes handicapées : à domicile et en institution ; pathologies chroniques et/ou à risque ; population en situation socio-économique défavorisée ; enfants : zones géographiques (ZUS, famille monoparentale, etc.) ; adultes : critères socio-économiques (CMUc, chômage, rupture familiale, AME) ; populations migrantes ; population carcérale - HAS - Stratégies de prévention de la carie dentaire, Mars 2010

	<p><b>2. Informer et sensibiliser les parents, les enfants et les adolescents aux bienfaits de l'activité physique sur la santé</b></p>	<p>5) Accompagner les centres spécialisés et des associations sportives à la mise en place d'activités physiques ou sportives adaptées pour les enfants ou adolescents atteints d'un handicap physique, mental, psychique ou sensoriel (action 16.3 PNNS3)</p> <p>1) Informer les familles sur le lien entre sédentarité et prise de poids et sur les bienfaits de l'activité physique, via les réseaux d'aide à la parentalité et les associations de parents d'élèves.</p> <p>2) Poursuivre la promotion de l'activité physique et sportive (APS) auprès des élèves dans les collèges et lycées de la région et développer des actions dans les écoles primaires en s'appuyant sur les recommandations du guide INPES.</p> <p>3) Renforcer la prise en compte de la promotion de l'APS comme facteur de santé au sein de la politique de la ville (action 17.1 PNNS3) notamment en accompagnant les associations de quartier dans la promotion de l'APS auprès des populations socialement défavorisées, et en faisant émerger la demande et les freins ou obstacles et en les relayant auprès des élus.</p> <p>4) Développer les APS comme support de l'action d'éducation auprès des jeunes sous protection judiciaire (« challenge Michelet ») (action 17.3 PNNS3)</p> <p>5) Réaliser une étude sur les connaissances, les attitudes et les comportements des parents en matière d'alimentation, d'activité physique et de sommeil des enfants.</p>
<p><b>2° Faire évoluer les comportements alimentaires des enfants et des adolescents.</b></p>	<p><b>1. Former les professionnels concernés par l'alimentation des enfants et des adolescents</b></p> <p><b>2. Promouvoir l'adaptation de l'offre alimentaire aux recommandations nutritionnelles (ex. CAAPS) en lien avec la DRAAF</b></p>	<p>1) Sensibiliser les professionnels de la petite enfance et les médecins généralistes ayant une clientèle d'enfants ainsi que le personnel des structures d'aide alimentaire aux recommandations nutritionnelles et aux problématiques nutritionnelles des familles défavorisées.</p> <p>2) Accompagner les associations de quartier dans leur démarche de promotion de la santé pour promouvoir une alimentation équilibrée auprès des familles défavorisées.</p> <p>3) Sensibiliser les professionnels de la petite enfance et des écoles primaires et les parents sur l'inutilité de la collation matinale systématique, qui s'accompagne d'une augmentation significative de l'apport calorique journalier et aboutit à un déséquilibre de l'alimentation et à une modification des rythmes alimentaires des enfants (en référence à l'avis de l'AFSSA du 23 janvier 2004 et à la note n° 2004-0095 du 25 mars 2004 du ministère de l'Éducation nationale)</p> <p>1) Favoriser la poursuite des formations des intervenants de la restauration scolaire dans les collèges et lycées aux recommandations nutritionnelles (programme CAAPS du rectorat ; programme « Plaisir à la cantine » de la DRAAF : actions 1.2.2.2 et 1.2.2.5 du PNA)</p> <p>2) Accompagner les villes qui le souhaitent dans</p>

	<p><b>3. Renforcer l'éducation nutritionnelle des parents, des enfants et des adolescents</b></p> <p><b>4. Poursuivre l'amélioration de la qualité nutritionnelle des produits issus de la filière agro-alimentaire.</b></p>	<p>l'adaptation de l'offre de restauration scolaire en école primaire au respect des recommandations nutritionnelles (décret du 30 septembre 2011) (DRAAF : action 1.2.2.5 du PNA)</p> <p>3) Améliorer les possibilités d'approvisionnement en fruits et légumes des structures en charge de la restauration scolaire (DRAAF)</p> <p>4) Encourager l'installation de fontaines à eau dans les établissements scolaires, en concertation avec les collectivités territoriales (« Nutrition à l'école », 2009, ministère de l'éducation nationale)</p> <p>5) Mobiliser les établissements de santé et médico-sociaux accueillant des enfants et des adolescents pour apporter des modifications pratiques aux menus et aux conditions de prise des repas (action 1.3.1.2 du PNA)</p> <p>6) Réaliser un état des lieux sur les jardins familiaux dans les communautés urbaines de Strasbourg et de Mulhouse</p> <p>7) Poursuivre la mise en œuvre du programme "un fruit à la récré" en veillant le plus fréquemment possible à son intégration dans le rythme alimentaire recommandé.</p> <p>1) Développer l'éducation nutritionnelle en milieu scolaire en s'appuyant notamment sur les programmes scolaires en CE2 et 5<sup>e</sup> (action 10.1 du PNNS3)</p> <p>2) Sensibiliser les parents d'élèves, sur la base du dossier documentaire réactualisé (action 10.3 du PNNS3)</p> <p>3) Valoriser et diffuser des outils de référence en éducation nutritionnelle pour l'école primaire comprenant des outils d'analyse de la publicité alimentaire, des outils d'éducation sensorielle et des outils pour des ateliers culinaires (action 10.2 PNNS3)</p> <p>4) Expérimenter et évaluer les "classes du goût" en école primaire</p> <p>5) Développer les ateliers cuisine et les séances d'éducation à la santé dans les structures d'aides alimentaire, les foyers sociaux et en milieu scolaire</p> <p>6) Faire connaître et valoriser les actions et documents validés par le PNNS (actions 34, 35, 36 du PNNS)</p> <p>1) Promouvoir la charte d'engagement d'amélioration de la qualité nutritionnelle des produits auprès des entreprises de la filière agro-alimentaire (DRAAF)</p>
<p><b>3° Développer l'allaitement maternel</b></p>	<p><b>1. Améliorer l'information auprès des femmes et de l'entourage vis-à-vis de l'allaitement maternel</b></p>	<p>1) Communiquer, informer et sensibiliser les mères sur les modes d'alimentation du nouveau-né, en intégrant un regard objectif sur l'allaitement maternel (en bénéfiques comme en conditions à réunir) pour permettre un véritable choix éclairé (action 13.1 du PNNS3)</p> <p>2) S'assurer que les services de maternité offrent effectivement aux femmes le droit à l'information personnalisée et objective permettant le choix de l'allaitement maternel (action 13.2 du PNNS3)</p>

	<p><b>2. Développer l'offre de service en matière d'allaitement maternel</b></p> <p><b>3. Promouvoir un environnement favorable à l'allaitement maternel</b></p>	<p>3) Favoriser des temps d'échanges en direction des femmes en situation de précarité leur permettant ainsi qu'à leur entourage de bénéficier de toutes l'information nécessaire et au professionnel de repérer les obstacles au choix éclairé</p> <p>1) Sensibiliser les médecins généralistes et les professionnels de santé des maternités et des services de soins post-nataux  2) Encourager les maternités à identifier un référent pour l'allaitement maternel, chargé de coordonner, avec l'ensemble du personnel soignant, les mesures visant à aider chaque mère dans son projet d'allaitement  3) Promouvoir un accompagnement adapté de la mère et de son enfant par les sages-femmes libérales, les puéricultrices et les associations  4) Favoriser la mise en place d'un suivi de soins et d'une aide sociale avec les services de la protection maternelle et infantile pour aider à contourner les freins à l'allaitement des personnes en situation défavorable (foyer monoparental, précarité du logement et de l'alimentation, précarité financière imposant la reprise précoce du travail)</p> <p>1) Donner des informations et des conseils sur l'allaitement maternel accessibles à l'entourage des femmes qui allaitent (père, ascendants...)  2) Promouvoir les conditions favorables à la poursuite de l'allaitement maternel sur le lieu du travail pour le personnel des établissements sanitaires et médico-sociaux en lien avec les médecins du travail de ces établissements</p>
<p><b>4° Renforcer le dépistage précoce des enfants et adolescents en surpoids ou obèses.</b></p>	<p><b>1. En milieu scolaire, renforcer et étendre le dépistage des enfants en surpoids ou obèses ; assurer un continuum entre le dépistage et la prise en charge par la médecine de ville ou les structures spécialisées</b></p> <p><b>2. En médecine de ville, former les professionnels de santé au dépistage, au suivi et à l'orientation des enfants et des adolescents en surpoids</b></p>	<p>1) Favoriser la coordination entre les services de PMI, le service médical et infirmier de l'éducation nationale, les pédiatres et les médecins généralistes pour leurs actions de dépistage</p> <p>1) Sensibiliser les médecins traitants et les pédiatres et réaffirmer leur rôle dans le cadre de la prévention, du dépistage, de la prise en charge initiale et du suivi des enfants et adolescents obèses et la coordination des soins par la diffusion des bonnes pratiques réactualisées de l'HAS (action 1 du Plan Obésité (PO)) ;  2) Faciliter la prise en charge de premier recours en mettant à la disposition des médecins traitants et des pédiatres les outils pour faciliter la prise en charge médicale du surpoids et de l'obésité (action 1 du PO) ;  3) Systématiser la mesure et l'interprétation de l'IMC dans la prise en charge de premier recours (action 5 du PO) ;</p>

	<p><b>3. Organiser sur chacun des territoires de santé une prise en charge pluridisciplinaire ambulatoire au plus près des enfants et des adolescents dépistés et permettant de les inscrire dans un réseau de prise en charge structuré</b></p> <p><b>4. Organiser sur tous les territoires de santé une offre d'éducation thérapeutique pour les enfants et adolescents obèses</b></p>	<p>4) Identifier des professionnels auxquels les enfants dépistés peuvent être confiés pour mettre en œuvre la prise en charge (rôle du médecin généraliste et du pédiatre) (action 5 du PO).</p> <p>5) Mettre à la disposition des professionnels, du public et des associations, une liste des ressources en soutien de la prise en charge et du traitement au niveau du territoire de santé (action 5 du PO)</p> <p>1) Développer la prise en charge en réseau des enfants et des adolescents en surpoids ou obèses, en tenant compte des réseaux déjà existants.</p> <p>2) Promouvoir l'expérimentation et la mise en place au sein des établissements scolaires volontaires des projets d'accueil individualisés pour les enfants obèses.</p> <p>3) Accompagner des fédérations sportives pour le développement de l'offre d'activité physique ou sportive adaptée aux enfants et adolescents en surpoids ou obèses</p> <p>4) Réunir les informations et les ressources identifiées par les associations, les réseaux, les établissements dans l'annuaire régional des ressources et rendre cette information accessible au moyen d'un volet « obésité » sur le site de l'ARS (action 14 du PO)</p> <p>1) Promouvoir et autoriser les programmes d'éducation thérapeutique des patients (ETP) pour enfants ou adolescents obèses mis en œuvre par les réseaux et les associations sur la base des référentiels de l'HAS</p> <p>2) Promouvoir et autoriser les programmes d'ETP pour enfants ou adolescents obèses mis en œuvre par les établissements de santé, dans ce cadre</p> <p>3) Evaluer la prise en charge en hospitalisation de jour des enfants et adolescents obèses</p>
<p><b>Les principaux partenaires à la priorité de santé :</b> Etat (DRJSCS, DRAAF, DIRECCTE), Collectivités locales et territoriales, Education Nationale dont la santé scolaire, PMI, professionnels de santé libéraux et hospitaliers, assurance maladie, associations, réseaux de santé, presse écrite et audio-visuelle</p>		
<p><b>Autres schémas, plans, programmes concernés :</b> SROS ambulatoire, SROS hospitalier (volets médecine, périnatalité), SROMS, PRST, PRAPS, CLS</p>		

<b>B.1.b/ii Prévenir et limiter les complications du diabète et de l'hypertension artérielle.</b>		
<b>Objectifs stratégiques</b>	<b>Objectifs spécifiques</b>	<b>Pistes d'actions</b>
<p><b>1° Favoriser le dépistage précoce en augmentant la proportion de patients chez lesquels le diabète et l'hypertension artérielle sont</b></p>	<p><b>1. Augmenter le niveau d'information de la population</b></p>	<p>1) Informer et dépister à l'occasion et hors de la semaine du diabète : campagnes d'information à destination du grand public ;</p> <p>2) Développer des dépistages hors les murs ; campagnes de dépistage dans les pharmacies de la Région</p>

diagnostiqués avant l'apparition de complications	<p><b>2. Impliquer les médecins généralistes dans le dépistage précoce.</b></p> <p><b>3. Mettre en place les conditions d'un large accès aux tests de dépistage précoce</b></p>	<p>1) Proposer des formations continues aux praticiens de la région sur le dépistage précoce du diabète et des maladies cardio-vasculaires.</p> <p>2) Organiser des réunions régionales pour les médecins généralistes sur l'épidémiologie, les programmes et actions</p> <p>1) Informer le grand public via une campagne de presse, article de presse régionale, émission de radio, TV...</p>
<b>2° Coordonner et dynamiser l'ETP</b>		
<b>Les principaux partenaires à la priorité de santé :</b> Assurance maladie (CPAM, MSA, RSI, RLAM), URPS, professionnels de santé libéraux et hospitaliers, associations, réseaux de santé, presse écrite et audio-visuelle		
<b>Autres schémas, plans, programmes concernés :</b> SROS ambulatoire, SROS hospitalier (volet médecine), SROMS, PRGDR		

<b>B.1.b/iii Mieux dépister et traiter les cancers</b>		
<b>Objectifs stratégiques</b>	<b>Objectifs spécifiques</b>	<b>Pistes d'actions</b>
1° Améliorer la prévention et le dépistage des cancers	<p><b>1. Accroître la collaboration entre les différents acteurs concernés par les dépistages organisés en vue de capitaliser les savoirs faire et les outils et de partager les stratégies</b></p> <p><b>2. Favoriser l'implication des médecins et plus largement des professionnels de santé dans le dépistage organisé</b></p> <p><b>3. Poursuivre l'évaluation et l'assurance qualité des campagnes de dépistage organisé</b></p>	<p>1) Formaliser les échanges d'informations sur les données ou activités menées (CAPI, visites DAM) : poursuivre les actions de formations, d'informations (gynécologue, radiologue...)</p> <p>2) Rappeler les bonnes pratiques et la plus value du dépistage organisé aux professionnels de santé (ACBUS, rythme des dépistages, échographie non systématique...);</p> <p>3) Développer de nouveaux partenariats (registres des cancers, acteurs CLS, ASV, travailleurs sociaux, associations de malades, association d'usagers...).</p> <p>1) Clarifier les rôles et leviers potentiels d'actions des interlocuteurs des médecins traitants (DAM, Médecins conseil...): consolidation du partenariat avec l'URPS et les conseils de l'ordre</p> <p>2) Organiser et harmoniser les échanges et le contenu des informations à l'attention des médecins traitants (résultats, information générale, formation...).</p> <p>3) Formaliser des rencontres (structures de gestion, conseils généraux, assurance maladie, médecins traitants, URPS, conseils de l'ordre...).</p> <p>1) Poursuivre le contrôle qualité de toutes les étapes du dépistage organisé.</p> <p>2) Evaluer selon les indicateurs prévus par les cahiers des charges</p>

	<p><b>4. Améliorer la prévention des cancers ne donnant pas lieu à un dépistage organisé</b></p> <p><b>5. Réduire les inégalités d'accès et de recours à la prévention et au dépistage</b></p>	<p>1) Formaliser les échanges d'information entre tous les partenaires habilités à tenir et alimenter les registres</p> <p>1) Diligenter des études d'identification des freins de participation et d'accès aux campagnes de dépistage et de manière plus globale d'accès à la prévention.</p> <p>2) Identifier les zones géographiques à faible participation pour proposer des cahiers des charges prescriptifs en termes de méthodologie adaptée d'intervention (contrats ou conventions avec les promoteurs sélectionnés).</p> <p>3) Mieux coordonner les actions de prévention sur d'autres thématiques (alcool, tabac, alimentation, vaccination...)</p>
<p>2° Prévenir et réduire les cancers professionnels et améliorer la traçabilité des cancers d'origine professionnelle<sup>12</sup></p>	<p><b>1. Améliorer la connaissance et l'observation, tout au long du parcours professionnel, de l'exposition à des agents pathogènes de cancers.</b></p> <p><b>2. Permettre au médecin traitant de disposer de la connaissance des expositions professionnelles à des agents pathogènes de cancers de son patient afin de favoriser un dépistage précoce.</b></p>	<p>1) Déterminer dans quelle mesure les recueils opérés par les registres des tumeurs du Haut-Rhin et du Bas-Rhin pourraient s'enrichir d'un enregistrement du <i>curriculum laboris</i> des patients (étude de faisabilité Cv Laboris)</p> <p>1) Renforcer le partage de connaissances entre le médecin du travail et le médecin traitant</p>
<p>3° Améliorer et personnaliser la prise en charge des patients atteints de cancer</p>	<p><b>1. Renforcer le suivi personnalisé du patient</b></p> <p><b>2. Renforcer le dépistage et la prise en charge de la dénutrition chez les patients souffrant de pathologies cancéreuses (action 25 PNNS)</b></p>	<p>Rendre effectif le plan personnalisé de soins (cf. SROS volet Prise en charge des patients atteints de cancer) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promouvoir l'utilisation du MNA (<i>Mini Nutritional Assessment</i>) (action 24.1 du PNNS)</li> <li>- Inclure la prise en charge nutritionnelle dans le plan personnalisé de soins des patients cancéreux (action 26.3 du PNNS)</li> <li>- Elaborer des protocoles de prise en charge nutritionnelle spécifiques pour les patients reconnus comme dénutris (action 26.1 du PNNS);</li> <li>- Encourager le développement de programmes d'éducation thérapeutique « dénutrition » dans le cadre ambulatoire (action 26.2 du PNNS) ;</li> </ul>

<sup>12</sup>

Cf annexe n°15 - Plan Régional de Santé au Travail 2 – 2010/2014



		- Informer et impliquer les patients et leur entourage pour optimiser leur adhésion au traitement envisagé de la dénutrition, en lien avec les associations de patients (action 26.4 du PNNS)
<b>Les principaux partenaires à la priorité de santé :</b> Assurance maladie (CPAM, MSA, RSI, RLAM), URPS, professionnels de santé libéraux et hospitaliers, collectivités locales, structures de gestion en matière de dépistage organisé, associations, réseaux de santé, DIRECCTE, entreprises, presse écrite et audio-visuelle		
<b>Autres schémas, plans, programmes concernés :</b> SROS ambulatoire, SROS hospitalier (volet cancer), SROMS, PRAPS, CLS, PRST, PRSE		

#### B.1.b/iv Prévenir les conduites à risque chez les jeunes

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Pistes d'actions
1° Améliorer la connaissance et l'observation partagée du phénomène des conduites à risque	<p><b>1. Identifier l'impact des trajectoires de vie et de l'environnement sur l'émergence des conduites à risque</b></p> <p><b>2. Evaluer l'ampleur, à l'échelle de la région, des phénomènes émergents en matière de conduites à risque</b></p> <p><b>3. Repérer les ressources mobilisables par territoire, évaluer et mutualiser les dispositifs, les initiatives et les actions menés en matière de prévention des conduites à risque</b></p>	<p>1) Réaliser une étude sur le lien entre violences intrafamiliales, pornographie et prises de risques.</p> <p>2) Mener une étude prospective sur une semaine donnée dans les services d'urgence, de pédiatrie et de traumatologie des établissements hospitaliers de la région.</p> <p>3) Réaliser une enquête sur des territoires prioritaires ciblées (ex : Sainte-Marie-aux-Mines) pour identifier les actions développées et les structures sur lesquelles s'appuyer.</p>

<p><b>2° Inscrire les actions de prévention des conduites à risque dans une logique plus globale de promotion de la santé</b></p>	<p><b>1. Renforcer les compétences des acteurs de première ligne des différents champs intervenant auprès des jeunes en matière de prévention des conduites à risque</b></p> <p><b>2. Renforcer la participation des jeunes à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des actions de prévention des conduites à risque</b></p> <p><b>3. Faire évoluer les stratégies d'intervention en privilégiant le développement des compétences psychosociales des jeunes</b></p> <p><b>4. Soutenir les parents pour les amener à conserver leur place d'adulte référent et à proposer un cadre structurant à leurs enfants leur évitant de s'inscrire dans des conduites à risque</b></p> <p><b>5. Promouvoir une approche intersectorielle permettant d'agir sur l'ensemble des déterminants de santé</b></p>	<p>1) Organiser des cycles de formation-action sur la prévention des conduites à risque en direction des acteurs de première ligne intervenant auprès de jeunes sur des territoires ciblés comme déficitaires en matière d'actions de prévention.</p> <p>1) Soutenir la conception, la diffusion et l'appropriation par les professionnels d'outils favorisant l'expression par les jeunes de leurs attentes et de leurs besoins.</p> <p>1) Mettre en place des temps d'échanges, de partage d'expériences, de formation pour permettre aux professionnels de s'approprier les concepts et les outils favorisant un travail auprès des jeunes qu'ils accueillent sur le développement de leurs compétences psychosociales.</p> <p>1) Soutenir le développement d'espaces de parole et d'échanges à destination des parents dans des lieux qu'ils investissent naturellement (centres socioculturels, organismes éducatifs et sociaux...).</p> <p>1) Inscrire la problématique des conduites à risque chez les jeunes dans les contrats locaux de santé.</p>
<p><b>3° Favoriser l'accès des jeunes et/ou de leurs parents aux ressources en matière de prévention des conduites à risque</b></p>	<p><b>1. Recenser l'ensemble des lieux ressources existant par territoire et les faire connaître des jeunes et de leurs parents</b></p> <p><b>2. Réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à ces lieux ressources</b></p>	<p>1) Disposer d'un outil de recensement des ressources disponibles.</p>
<p><b>4° Renforcer la réduction des risques dans la continuité de la prévention des conduites à risque</b></p>	<p><b>1. Accompagner les événements festifs pour permettre aux jeunes qui y participent de connaître, de maîtriser et de gérer les risques liés aux conduites à risque</b></p> <p><b>2. Inscrire la réduction des risques dans les pratiques de tous les intervenants accueillant des jeunes</b></p>	<p>1) Proposer des dispositifs de réduction des risques dans le cadre des événements festifs organisés dans la région.</p> <p>1) Mettre en place des temps de sensibilisation/formation autour des outils de la réduction des risques en direction des professionnels intervenant auprès des jeunes.</p>

<p>5° Faciliter le repérage des conduites d'excès et la continuité de prise en charge des jeunes qui s'y livrent</p>	<p><b>1. Former les professionnels de première ligne intervenant auprès des jeunes au repérage précoce et au recueil de l'expression des difficultés, des signes et des comportements traduisant un mal être et/ou une souffrance psychique des jeunes pouvant favoriser leur inscription dans des conduites à risque</b></p> <p><b>2. Assurer un partage de l'information et une continuité de prise en charge entre dispositifs de prévention des conduites à risque, dispositifs de réduction des risques, dispositifs d'accompagnement et de soins par un décloisonnement interprofessionnel et interinstitutionnel</b></p> <p><b>3. Organiser la prise en charge des jeunes se mettant en danger</b></p>	<p>1) Organiser des temps de formation autour des concepts, des enjeux et des outils de la réduction des risques en direction des professionnels intervenant auprès des jeunes.</p> <p>1) Organiser des temps d'échanges et de rencontre auprès des professionnels des différents champs intervenant auprès des jeunes.</p> <p>1) Organiser l'intervention d'associations spécialisées dans les conduites à risque au sein des établissements hospitaliers.</p>
<p><b>Les principaux partenaires à la priorité de santé :</b> Etat, Collectivités locales et territoriales, Education Nationale dont la santé scolaire, PMI, professionnels de santé libéraux et hospitaliers, associations, réseaux de santé, presse écrite et audio-visuelle</p>		
<p><b>Autres schémas, plans, programmes concernés :</b> SROS, SROMS en addictologie, plans départementaux MILDT, CLS</p>		

**B.1.c/Organiser la prise en charge sanitaire et médico-sociale pour favoriser l'autonomie des personnes en situation particulière de fragilité**

<p>B.1.c/i Favoriser l'autonomie des personnes âgées et permettre leur maintien à domicile</p>		
<p><b>Objectifs stratégiques</b></p>	<p><b>Objectifs spécifiques</b></p>	<p><b>Pistes d'actions</b></p>
<p>1° Retarder l'âge d'entrée en dépendance par la prévention des risques liés à l'âge.</p>	<p><b>1. Promouvoir les actions de prévention des chutes, en encourageant à poursuivre l'activité physique et en favorisant l'aménagement de l'habitat</b></p> <p><b>2. Développer les actions de prévention de la dénutrition chez la personne âgée</b></p> <p><b>3. Mieux repérer les signes de dépression chez les personnes âgées pour mieux les prendre en charge</b></p> <p><b>4. Prévenir la perte d'autonomie en favorisant les actions de prévention des troubles de la mémoire</b></p>	<p>1) poursuivre et amplifier les actions d'information menées auprès des personnes âgées ;</p> <p>2) faire prendre en compte ces objectifs au sein des EHPAD (Cf. SROMS–volet personnes âgées)</p>
<p>2° Développer l'aide aux aidants pour permettre le maintien à domicile des</p>	<p><b>1. Améliorer l'information des aidants</b></p> <p><b>2. Développer une palette d'offre complète pour les aidants conjuguant des dispositifs de soutien et des solutions de répit adaptées</b></p>	<p>1) poursuivre les actions d'information et de formation des aidants ;</p> <p>2) prévoir des solutions</p>

personnes âgées.	<b>3. Mieux repérer les aidants et prévenir leur épuisement</b>	de répit sur l'ensemble du territoire (Cf. SROMS – volet personnes âgées)
<b>Les principaux partenaires à la priorité de santé :</b> Etat, Collectivités locales et territoriales, Assurance maladie (CPAM, MSA, RSI, RLAM), établissements médico-sociaux, URPS, professionnels de santé libéraux et hospitaliers, associations, réseaux de santé, presse écrite et audio-visuelle		
<b>Autres schémas, plans, programmes concernés :</b> SROS ambulatoire, SROMS, schémas départementaux, programme GDR		

<b>B.1.c/ii Inscrire la santé des personnes handicapées dans leur projet de vie en développant des modalités de prise en charge adaptées</b>		
Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Pistes d'actions
1° Favoriser un dépistage précoce et une prise en charge adaptée à toute nouvelle situation de handicap	<b>1. Promouvoir auprès des professionnels de premier recours une meilleure connaissance du handicap et des dispositifs territoriaux existants</b>	Cf. SROMS volet personnes handicapées
2° Favoriser l'autonomie et le maintien dans le milieu de vie ordinaire	<b>1. Garantir l'égalité d'accès à la prévention</b>  <b>2. Développer les structures de répit en relais des aidants existants</b>	Cf. SROMS volet personnes handicapées
<b>Les principaux partenaires à la priorité de santé :</b> Etat, Collectivités locales et territoriales, Assurance maladie (CPAM, MSA, RSI, RLAM), établissements médico-sociaux, Education Nationale, URPS, professionnels de santé libéraux et hospitaliers, associations, réseaux de santé, presse écrite et audio-visuelle		
<b>Autres schémas, plans, programmes concernés :</b> SROS ambulatoire, SROMS, schémas départementaux du handicap, PRAPS, CLS		

<b>B.1.c/iii Adapter la prise en charge sanitaire et médico-sociale pour faciliter l'autonomie et l'insertion des personnes souffrant de pathologies mentales et de handicap psychique</b>		
Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Pistes d'actions
1° Prévenir la souffrance psychique chez les jeunes	<b>1. Accompagner les adultes (parents et professionnels)</b>	cf. SROS PRS volet psychiatrie
	<b>2. Agir en direction des enfants et des jeunes</b>	
	<b>3. Promouvoir un environnement favorisant la santé mentale</b>	
2° Améliorer le repérage des troubles mentaux chez l'enfant et	<b>1. Accompagner les professionnels de première ligne dans le repérage précoce des troubles psychotiques et de l'humeur</b>	cf. SROS PRS volet psychiatrie et SROMS PRS volet personnes handicapées

<b>l'adolescent et l'accès au diagnostic</b>	<b><i>chez les adolescents et les jeunes adultes et des troubles envahissants du développement dans la petite enfance</i></b>	
<b>Les principaux partenaires à la priorité de santé :</b> Etat, Collectivités locales et territoriales, Assurance maladie (CPAM, MSA, RSI, RLAM), établissements médico-sociaux, Education Nationale, URPS, professionnels de santé libéraux et hospitaliers, associations, réseaux de santé, presse écrite et audio-visuelle		
<b>Autres schémas, plans, programmes concernés :</b> Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, SROS ambulatoire, SROMS volet santé mentale, PRAPS, CLS		

## **B.2/ Les orientations régionales complémentaires**

Elles ont trait à la mise en œuvre en région d'orientations nationales de santé publique et à la prise en compte de certaines des priorités d'action définies par le deuxième plan régional santé environnement (PRSE 2).

### **B.2.a/Prévenir les maladies infectieuses.**

#### **B.2.a/i Limiter les maladies de prévention vaccinale.**

##### ***La recrudescence de la rougeole***

L'OMS a pour objectif ambitieux d'éradiquer la rougeole 2010-2011<sup>13</sup>. Seule une couverture vaccinale d'au moins 95% pourra permettre d'atteindre cet objectif. Or, le taux stagne en deçà des 90% pour les 2 doses nécessaires pour induire une immunité contre le virus. De ce fait, l'Alsace connaît, comme d'autres régions de France, une importante épidémie qui dure depuis fin 2010.

##### ***Tuberculose et vaccination par le BCG***

En 2007, l'obligation vaccinale par le BCG a été supprimée et remplacée par une recommandation de vaccination des enfants à risque<sup>14</sup>. L'incidence de la tuberculose en Alsace en 2009 était de 7.3 cas/100 000 habitants, correspondant à la moyenne haute des régions françaises. Sa situation de région carrefour entre l'Europe de l'Ouest et l'Europe de l'Est, où la maladie est endémique avec notamment des formes multi-résistantes, en fait une région particulièrement à risque. Pour ces raisons, il y a lieu d'abord de vérifier que les recommandations de vaccination sur les publics ciblés dans le calendrier vaccinal sont bien suivies et de prévoir le cas échéant les moyens de les mettre en œuvre.

##### ***Un manque de données sur la couverture vaccinale, en particulier à un échelon infra-départemental***

Les seules données exhaustives concernant la couverture vaccinale proviennent de l'analyse des certificats du 24<sup>ème</sup> mois. Elles présentent deux inconvénients majeurs : un long délai jusqu'à leur disponibilité et le peu de réactivité par rapport aux changements du calendrier vaccinal. Il existe également des données disponibles provenant des enquêtes triennales nationales en milieu scolaire (grande section maternelle, CM2 et troisième), mais celles-ci ne permettent pas d'estimer la couverture vaccinale à un échelon départemental ou régional. Aucune donnée de couverture vaccinale n'est disponible à un échelon infra-départemental. Des sources de données indirectes

<sup>13</sup> Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Élimination de la rougeole et de la rubéole et prévention de la rubéole congénitale : plan stratégique pour la Région européenne de l'OMS, 2005-2010 [Internet]. Organisation mondiale de la santé; 2005. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0020/79031/E88334.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/79031/E88334.pdf) et Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France, 2005-2010 [Internet]. 2005. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_elimination\\_rougeole.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_elimination_rougeole.pdf)

<sup>14</sup> CIRCULAIRE N° DGS/RI1/2007/318 du 14 août 2007 relative à la suspension de l'obligation de vaccination par le BCG des enfants et adolescents

d'achats de vaccins et surtout individuelles de remboursement de vaccins par l'Assurance Maladie pourraient fournir des estimations de couverture vaccinale à l'échelon départemental et régional. Elles présentent cependant certaines limites, comme le conditionnement des vaccins (multidoses pour certains, le BCG notamment), et les vaccins réalisés « gratuitement » par les conseils généraux qui font l'objet de commandes groupées. Ainsi, la possibilité d'une exploitation régionale des données issues des certificats du 24<sup>ème</sup> mois par le Conseil Général pourrait être étudiée. De même, une collaboration pourrait être développée avec l'Assurance Maladie, pour permettre une exploitation régionale, départementale, voire même infra-départementale des données vaccinales.

Objectif stratégique	Objectifs spécifiques	Pistes d'actions
<b>Mettre en place une politique pérenne de promotion de la vaccination en Alsace, en articulation avec la semaine européenne de la vaccination</b>	<b>1. Améliorer la couverture vaccinale par le ROR.</b> <b>2. Evaluer la couverture vaccinale par le BCG des populations ciblées dans le calendrier vaccinal</b> <b>3. Favoriser la vaccination des publics en difficulté</b>	1) Poursuivre et développer l'implication des partenaires dans la semaine européenne de la vaccination (SEV) 2) Mettre en place un groupe de travail spécifique sur la vaccination contre la tuberculose et sur la problématique plus large de lutte contre la tuberculose. 3) Impliquer la Médecine du travail et la Médecine Préventive étudiants
<b>Les principaux partenaires à la priorité de santé :</b> Etat, Collectivités locales et territoriales, Education Nationale, Assurance maladie (CPAM, MSA, RSI, RLAM), URPS, professionnels de santé libéraux et hospitaliers, établissements médico-sociaux, associations, réseaux de santé, mutuelles étudiants, SUMPS, DIRECCTE, presse écrite et audio-visuelle		

### B.2.a/ii Lutter contre le VIH/SIDA, les IST et les hépatites

L'estimation des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en Alsace est actuellement de 2 051 patients, qu'il faut augmenter de 30 % pour tenir compte des personnes ignorant leur infection. L'incidence en 2010 est de 135 nouvelles découvertes (120 pour 2009 et 126 pour 2008), ce qui représente 65 cas/millions d'habitants.

L'Alsace est en 4<sup>ème</sup> position en métropole pour la progression de l'épidémie (après les régions Ile de France, PACA et Midi-Pyrénées). Un tiers des personnes dépistées séropositives au VIH le sont à un stade tardif de la maladie, ce qui a pour conséquences un excès de morbi-mortalité et des coûts plus élevés, et ce malgré une activité de dépistage élevée (> 77 000 tests).

La séroprévalence du VHC (année 2005) était de 0,84 % en France. La prévalence de l'Ag HBs était de 0,65 %, mais 1,12 % en Alsace. Pour l'année 2010, 562 personnes bénéficiaient d'une affection de longue durée (ALD) pour le VHB et 2 852 pour le VHC pour notre région. En France, chaque année, plus de 4.000 décès ont un lien avec le VHC et VHB.

L'usage des drogues reste la principale source de contamination de l'hépatite C. De plus, la précarité est un marqueur des hépatites B et C.

24 % des personnes vivant avec le VIH sont infectées par le VHC et 7 % par le VHB. Le VIH aggrave l'évolution des hépatites B et C. L'hépatite C est à l'origine de 11,5 % des décès chez les PVVIH et l'hépatite B de 2 % (hors hépatocarcinomes).

A souligner également l'évolution potentielle des hépatites B et C vers une cirrhose ou un carcinome hépato-cellulaire, même sans co-infection VIH associée.

L'ignorance de leur infection concernerait 55% des porteurs du VHB et 43% de ceux du VHC. Le dépistage systématique chez la femme au 6ème mois de grossesse constitue le principal mode de découverte de l'hépatite B.

Objectifs stratégiques	Objectifs spécifiques	Pistes d'actions
<p><b>Prévenir les risques de transmission</b></p>	<p><b>1. Promouvoir les outils de réduction des risques</b></p> <p><b>2. Mettre en place des actions de prévention combinée ciblée en direction des populations exposées aux risques de transmission.</b></p>	<p>1) Soutenir une communication grand public en région sur les outils existants</p> <p>1) Promouvoir la vaccination contre l'hépatite B (idéalement avant 13 ans pour toute la population) et sensibiliser les parents, les infirmières d'établissements scolaires, les pédiatres et les médecins généralistes, les gynécologues et les professionnels de la petite enfance</p> <p>2) Promouvoir la vaccination contre le papillomavirus (chez les jeunes femmes avant le démarrage de leur vie sexuelle)</p> <p>3) Sensibiliser, informer et soutenir les programmes de réduction des risques envers les usagers de substances psycho-actives et renforcer la prévention des risques liés aux pratiques sexuelles sous produit</p> <p>4) Réduire et prévenir les risques infectieux liés à certaines activités et pratiques (piercing, tatouage, maquillage permanent)</p>
<p><b>Renforcer le dépistage :</b></p>	<p><b>3. Optimiser le dispositif CDAG CIDDIST</b></p> <p><b>4. Développer de nouveaux modes de dépistage (communautaire, en ville, à l'hôpital)</b></p> <p><b>5. Promouvoir des formations en région pour les professionnels de santé</b></p> <p><b>6. Améliorer la coordination ville-hôpital et développer le suivi conjoint du patient.</b></p>	<p>1) Communiquer sur l'offre de dépistage disponible</p> <p>2) Harmoniser et renforcer les pratiques des professionnels de santé des CDAG / CIDDIST : formation annuelle en région</p> <p>3) Expérimenter une offre globale pour la santé sexuelle regroupant les problématiques du VIH et des IST, et celles de la fertilité et de l'éducation à la sexualité, par l'ouverture en région d'un centre de santé sexuelle, conformément aux recommandations de l'HAS et au plan national VIH/IST 2010-2014</p> <p>1) Soutenir le développement des dépistages par les réseaux associatifs (dépistage hors les murs, TROD) et par les médecins généralistes</p> <p>2) Développer et élargir la proposition de dépistage lors de tous recours aux soins (hospitalisation, consultation en ville) ;</p> <p>1) Inscription de la thématique VIH, VHB, VHC et IST dans les programmes de formation continue en région.</p> <p>1) Améliorer l'efficacité du dispositif d'accompagnement « post-annonce » du diagnostic jusqu'à l'entrée dans le soin</p> <p>2) Promouvoir et harmoniser la délivrance du traitement post exposition (TPE) dans les établissements de santé</p> <p>3) Développer des programmes de « prévention positive » et de santé sexuelle en direction des personnes atteintes pour une réduction des risques et intégrer l'éducation thérapeutique dans leur prise en soins</p>
<p><b>Coordonner la prise en</b></p>		

<b>charge des soins</b>	<b>7. Permettre l'accès aux soins de plus démunis.</b>	<p>4) Développer les méthodes d'évaluation non invasive de la fibrose hépatique</p> <p>5) Développer et améliorer le dispositif de collecte et d'élimination des déchets de soins à risque infectieux produits par les patients en autotraitement en dehors d'une structure de soin.</p> <p>1) Soutenir l'interprétariat dans le but de favoriser l'accès aux soins des populations en situation de vulnérabilité (migrants, personnes souffrantes de déficience visuelle et/ou auditive) et soutenir la publication et diffusion des documents d'informations et préventions dans la langue d'origine.</p>
<b>Les principaux partenaires à la priorité de santé :</b> Collectivités locales et territoriales, Education Nationale, Assurance maladie (CPAM, MSA, RSI, RLAM), COREVIH, URPS, professionnels de santé libéraux et hospitaliers, établissements médico-sociaux, associations, réseaux de santé, presse écrite et audio-visuelle		
<b>Autres schémas, plans, programmes concernés :</b> plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 ; plan national de la lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 ; plan d'actions stratégiques 2010 2014 « Politique de santé pour personnes placées sous main de justice » (cf. SROS PRS volet soins aux détenus) ; La prise en charge et la prévention des addictions- plan national 2007-2011 (cf. schéma régional de prévention et schéma régional d'organisation médico-sociale). ; SROS ambulatoire ; SROS hospitalier (volets médecine, pédiatrie), PRAPS, CLS		

### B.2.a/iii Réduire les infections associées aux soins

Les infections associées aux soins (IAS) constituent une préoccupation pour la sécurité des patients et un enjeu important pour les professionnels de santé, qu'ils exercent dans ou en dehors d'un établissement de santé ou d'un établissement médico-social. L'émergence de nouveaux germes avec des résistances élevées aux antibiotiques (ERG, EPC...) et l'absence de nouvelles classes d'antibiotiques accroissent les risques.

Il s'agit d'une priorité nationale, prise en compte dans le plan stratégique national 2009 – 2013 de prévention des infections associées aux soins (juillet 2009)<sup>15</sup>. Les infections associées aux soins concernent l'ensemble des champs du soin : c'est un enjeu transversal.

Objectif stratégique	Objectifs spécifiques	Pistes d'actions
<b>Mettre en œuvre en région le plan stratégique national</b>	<p><b>1. Mettre en place un programme régional de prévention des IAS</b></p> <p><b>2. Renforcer la place de l'expertise en prévention des IAS</b></p>	<p>1) En fonction des spécificités des territoires, décliner le plan stratégique national et les plans et programmes qui en découlent.</p> <p>2) Accompagner les établissements dans l'écriture des plans locaux de gestion d'une épidémie</p> <p>3) Ecrire le plan régional de gestion d'une épidémie<sup>16</sup></p> <p>1) S'appuyer sur l'expertise en prévention des IAS du réseau des CCLIN-ARLIN</p> <p>2) Mettre en place une cartographie des équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) afin d'identifier les secteurs déficitaires et travailler vers une mise à niveau de ces équipes</p>

<sup>15</sup> Circulaire interministérielle n°DGS/DHOS/DGAS2009/2 64 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins

<sup>16</sup> Circulaire DGS/RI/DGOS/PF/2010/413 du 6 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de mesure de contrôle des cas importés d'entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC)



	<p><b>3. Evaluer l'efficacité de la lutte contre les IAS</b></p>	<p>3) Dégager des pistes de réflexion pour une structuration de la politique de prévention des IAS en secteur médico-social</p> <p>4) Systématiser les retours d'expérience sur les phénomènes nouveaux ou les signalements pouvant avoir valeur pédagogique, afin de les diffuser aux équipes opérationnelles d'hygiène de la région.</p> <p>1) Valoriser les indicateurs des tableaux de bord des infections associées aux soins</p> <p>2) Disposer d'un tableau de bord de suivi des IAS signalés via l'application e-sin</p>
<p><b>Les principaux partenaires à la priorité de santé :</b> Collectivités locales et territoriales, Education Nationale, Assurance maladie (CPAM, MSA, RSI, RLAM), ARLIN, CCLIN Est, URPS, professionnels de santé libéraux et hospitaliers, établissements médico-sociaux, presse écrite et audio-visuelle</p>		
<p><b>Autres schémas, plans, programmes concernés :</b> plan national de lutte contre les infections nosocomiales, SROS ambulatoire, hospitalier, SROMS</p>		

### B.2.a/iv Prévenir et réduire les maladies transmises par les tiques.

En Alsace, les tiques peuvent transmettre des bactéries du genre *Borrelia* (responsables de la maladie de Lyme), *Rickettsia*, *Ehrlichia*, des virus (méningoencéphalite à tique (MET)), des parasites (babésioses par ex.). L'Alsace serait la première région de France en termes d'incidence pour la maladie de Lyme et la MET. D'autres pathogènes sont sans doute transmis par les tiques en Alsace mais aucune donnée épidémiologique n'est disponible.

#### La maladie de Lyme :

La maladie ou borréliose de Lyme est une zoonose due à une bactérie, *Borrelia burgdorferi*, que l'on trouve dans les régions humides et tempérées de l'hémisphère nord. Au stade initial, elle se manifeste par une simple atteinte cutanée, typique de la maladie. Le traitement par antibiotique à ce stade permet d'éradiquer l'infection et d'éviter l'évolution vers des formes plus évoluées. En France, l'ensemble des régions est concerné, mais c'est en Alsace que l'incidence serait la plus forte. En 1999-2000, l'incidence y était estimée à 86 cas pour 100 000 habitants par an pour une moyenne nationale de 9 cas pour 100 000 habitants par an<sup>17</sup>. Les différentes études mises en place (réseau de médecins généralistes en 2001-2003, professionnels de la forêt en 2003) ont confirmé une incidence très élevée avec une grande variabilité au sein des cantons alsaciens<sup>18</sup>.

Les données disponibles montrent que l'Alsace est la région de France où le risque de contracter la maladie de Lyme serait le plus important. Cependant, depuis les études du début des années 2000, aucune donnée actualisée concernant l'incidence de cette maladie chez l'homme ou de l'infestation des tiques n'est disponible en Alsace. Les données disponibles, issues du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), ne permettent que l'analyse des cas hospitalisés de maladie de Lyme, qui représentent une proportion faible de l'ensemble des cas.

#### La méningo-encéphalite à tiques (MET) :

La méningo-encéphalite à tiques (MET) est une arbovirose endémique dans l'est de l'Europe. Elle est due à un flavivirus transmis par morsure de tique. C'est une maladie sévère pouvant entraîner des séquelles neurologiques. Entre 1968 et 2006, au moins 64 cas d'encéphalite à tiques ont été diagnostiqués en Alsace. L'incidence de la méningo-encéphalite à tique reste très modérée en Alsace comparée à d'autres régions d'Europe.

<sup>17</sup> Letrilliart L, Ragon B, Hanslik T, Flahault A. Lyme disease in France: a primary care-based prospective study. *Epidemiol. Infect.* 2005 oct;133(5):935-942.

<sup>18</sup> Schmitt M, Encrenaz N, Chubilleau E, Verrier A. Données épidémiologiques sur la maladie de Lyme en Alsace, Limousin et Rhône-Alpes. *Bull Epidemiol Hebd.* 2006 juill 4;(27-28):202-203.

Les données d'incidence en France restent insuffisantes et probablement sous-estimées, du fait que le recensement des cas est uniquement hospitalier, et d'un probable sous-diagnostic lié à une méconnaissance de cette pathologie. Aucune donnée d'infection des tiques par le virus de la MET n'est disponible en Alsace.

Pour ces deux pathologies, il existe des grandes hétérogénéités d'incidence au niveau des cantons et donc de risque de contamination. Ces données sont anciennes et l'information sur le lieu de contamination est basée sur le déclaratif des patients. Les taux d'infestation des tiques par différents micro-organismes et par zones géographiques sont des données qui n'existent pas actuellement et qui ont un intérêt fort en prévention universelle.

### **Mesures de prévention des pathologies transmises par les tiques :**

Les mesures de prévention universelles contre ces pathologies concernent avant tout la prévention des morsures par les tiques : port de vêtements couvrants et clairs, utilisation de répulsifs, repérage des tiques après un séjour dans un biotope infesté de tique et ablation précoce des tiques. Pour la MET, il existe un vaccin efficace mais l'incidence actuel de la pathologie en Alsace ne justifie pas son utilisation. Cette position pourrait être modifiée si l'on disposait d'une meilleure connaissance de la répartition par canton des tiques infestées.

<b>Objectifs stratégiques</b>	<b>Objectifs spécifiques</b>	<b>Pistes d'actions</b>
<b>1° Mieux connaître les pathologies transmises par les tiques en Alsace et leur importance relative.</b>	<b>1. Améliorer les connaissances sur le vecteur et les maladies au niveau local :</b> <i>- mettre en place une dynamique de travail associant entomologistes, cliniciens, professionnels de santé publique et les utilisateurs des espaces naturels alsaciens ;</i> <i>- construire une cartographie du risque au niveau entomologique et au niveau infra-régional (population de tique, tiques infestées,...) ;</i> <i>- améliorer les connaissances épidémiologiques sur les maladies transmises par les tiques.</i>	1) Recenser les actions déjà en place en Alsace 2) Mettre en place une coordination régionale des nombreux acteurs (professionnels et associations) intervenant sur le sujet. 3) Mobiliser des ressources budgétaires pour les études scientifiques
<b>2° Diminuer l'incidence de la maladie de Lyme.</b>	<b>2. Réaliser des opérations de formation / information des professionnels pour améliorer le diagnostic et la prise en charge et du public (mesures de protection individuelle)</b>	1) Elaborer un plan de sensibilisation et de formation 2) Elaborer un plan de communication (professionnels / grand public)
<b>Les principaux partenaires à la priorité de santé :</b> Etat, Collectivités locales et territoriales, Assurance maladie (CPAM, MSA, RSI, RLAM), URPS, professionnels de santé libéraux et hospitaliers, associations, presse écrite et audio-visuelle		

## B.2.a/v Diminuer l'incidence de la légionellose<sup>19</sup> en Alsace

Depuis plusieurs années, l'incidence de cette pathologie en Alsace est plus importante que dans les autres régions de France<sup>20</sup>. Au cours de la période 2006-2009, l'Alsace était la première région française en termes d'incidence (4,2 cas pour 100 000 habitants par an) et la 2ème en 2010. Cinq épisodes de cas groupés ont été identifiés au cours de cette période mais les investigations n'ont pas permis d'identifier l'origine de la contamination<sup>21</sup>. Certains secteurs géographiques paraissent plus fréquemment touchés par des épidémies de cas groupés (CUS notamment).

Les enquêtes environnementales réalisées ne permettent que très rarement de trouver la source environnementale à l'origine de la contamination. Deux raisons peuvent être évoquées : le fait de ne pas disposer systématiquement d'une identification de la souche du cas et le déficit de connaissance sur les sources de contamination possibles.

Bien que les prélèvements broncho-pulmonaires (expectorations, aspirations trachéales, lavage broncho-alvéolaire) soient recommandés en cas de suspicion de légionellose, ils sont peu réalisés en pratique. Or, c'est l'isolement, le typage et la comparaison des souches issues des prélèvements cliniques et environnementaux qui permettent la confirmation de l'origine de la contamination. Ainsi, la réalisation de prélèvements cliniques respiratoires en cas de suspicion de légionellose prend toute son importance et doit être encouragée auprès des cliniciens.

Depuis 2008, des actions ont été menées, comme l'harmonisation des procédures entre les différents intervenants (Agence régionale de santé, Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement – DREAL, services communaux d'hygiène et de santé – SCHS), la sensibilisation des exploitants de tours aéro-réfrigérantes (TAR) au risque légionelle et la possibilité de réaliser des contrôles inopinés sur celles-ci, ainsi que la recherche de TAR non déclarées.

Bien que le recensement des TAR soit obligatoire depuis 2004 à l'échelon local et régional, il existe une difficulté récurrente de disposer d'un recensement exhaustif des TAR en région.

Par ailleurs, toutes les sources de contamination possibles ne sont pas encore bien identifiées et il existe encore un réel déficit de connaissance sur ce sujet. Ainsi, les efforts en faveur de la documentation des expositions à risque doivent être poursuivis afin d'identifier de nouvelles sources de contamination possibles.

Objectif stratégique	Objectifs spécifiques	Pistes d'actions
<b>1° Diminuer l'incidence de la légionellose en Alsace</b>	<b>1. Identifier et caractériser la surincidence alsacienne par la réalisation d'études épidémiologiques</b> <b>2. Augmenter les isolements de souches bactériennes</b> <b>Sensibiliser les médecins à la réalisation systématique de prélèvements respiratoires en cas de suspicion de légionellose pour identification de souche</b> <b>3. Inciter les laboratoires à conserver les prélèvements bronchiques pour éventuels envois au Centre national de référence (CNR)</b>	1) Créer un groupe projet restreint (ARS / Cire / DREAL) pour définir (protocole) et mettre en place des investigations épidémiologiques, environnementales

<sup>19</sup> La légionellose est une infection bactérienne due à *Legionella spp* qui peut être responsable de pneumopathies parfois mortelles, en particulier chez les sujets âgés ou immunodéprimés. Sa transmission se fait par inhalation de micro-gouttelettes d'eau contaminées diffusées par aérosol. Les sources de contamination sont environnementales avec principalement les sites hydriques artificiels tels les réseaux d'eau chaude, les tours aéro-réfrigérantes (TAR) et d'autres installations

<sup>20</sup> Campèse C, Jarraud S, Maine C, Che D. La légionellose en France: augmentation du nombre de cas en 2010. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2011 juill 19;29-30:325-327 et Campese C, Bitar D, Jarraud S, Maine C, Forey F, Etienne J, et al. Progress in the surveillance and control of Legionella infection in France, 1998-2008. Int. J. Infect. Dis. 2011 janv;15(1):e30-37.

<sup>21</sup> Raguet S. Les cas de légionelloses déclarés en Alsace de 2009 à 2010. Bulletin de Veille Sanitaire - Cire Lorraine-Alsace [Internet]. 2011 juill;(3). Available from: <http://www.invs.sante.fr>

	<p><b>4. Améliorer la connaissance des TAR sur des territoires prioritaires ciblés par une opération de recensement</b></p> <p><b>5. Poursuivre et renforcer les inspections et contrôles des établissements sanitaires et médico-sociaux</b></p> <p><b>6. Engager des actions de communication sur la nouvelle réglementation concernant les établissements recevant du public (ERP)</b></p> <p><b>7. Améliorer la documentation des expositions à risque afin d'identifier de nouvelles sources de contamination possibles</b></p>	<p>1) Elaborer un plan de contrôles.</p> <p>1) Définir une stratégie de communication</p>
<p><b>Les principaux partenaires à la priorité de santé :</b> CIRE, Etat, CNR, Collectivités locales et territoriales, URPS, professionnels de santé libéraux et hospitaliers, établissements médico-sociaux, presse écrite et audio-visuelle</p>		
<p><b>Autres schémas, plans, programmes concernés :</b> PRSE 2</p>		

### B.2.b/Prévenir les risques liés aux milieux de vie.

Les orientations retenues ci-après le sont en complément et en coordination avec celles du PRSE2<sup>22</sup>. Ne sont donc pas ici repris tous les objectifs spécifiques relevant de la prévention / promotion de la santé, dont notamment celui plus générique lié à la notion d'éducation au lien entre santé et environnement, qui est pleinement détaillé dans le PRSE 2 en déclinaison de chacun des objectifs généraux infra. Ceux-ci sont de fait partie intégrante du schéma régional de prévention, puisqu'ils visent effectivement à prévenir les impacts sanitaires liés à l'environnement ; au travers des 11 objectifs généraux suivants :

- Améliorer la qualité de l'air extérieur et prévenir les pathologies associées ;
- Réduire l'exposition aux substances ayant un effet cancérigène, mutagène ou reprotoxique (« CMR ») ;
- Améliorer la qualité de l'air intérieur ;
- Préserver la qualité des eaux souterraines ;
- Connaître et réduire l'impact des produits phytosanitaires (*meilleure connaissance des conséquences sur la santé humaine de l'emploi des pesticides, et prise de mesures de réduction d'impact*)
- Lutter contre l'habitat indigne ;
- Réduire l'incidence de la légionellose ;
- Lutter contre les points noirs environnementaux ;
- Prévenir les risques auditifs liés à l'écoute de la musique amplifiée ;
- Eduquer au lien entre santé et environnement ;
- Préparer l'avenir : risques émergents (nanoparticules, ondes électromagnétiques).

Parmi ces objectifs, ceux dont le pilotage ou le co-pilotage devrait être confié à l'Agence régionale de santé une fois le PRSE 2 validé, sont seuls repris in extenso dans le présent schéma : diminuer l'incidence de la légionellose (B.2.a), lutter contre les risques émergents (B.2.c), lutter contre l'habitat indigne et améliorer la qualité de l'air intérieur, ainsi que prévenir les risques auditifs liés à l'écoute de la musique amplifiée (B.2.b).

<sup>22</sup> Le PRSE 2 sera joint en annexe du présent schéma dès sa publication. Cf annexe n° 16 – Point d'étape du Groupement Régional Santé Environnement du 27 septembre 2011

## B.2.b/i Améliorer la qualité de l'air intérieur et lutter contre l'habitat indigne

Des dispositions législatives ou réglementaires ou des recommandations ont posé des obligations visant à minimiser les risques impactant la santé des occupants des logements (diagnostics énergie, plombémie, qualité de l'air intérieur...). La région ne dispose pas d'une connaissance exacte d'application de ces dispositions ni de l'impact de cette réglementation sur l'amélioration de la qualité sanitaire de l'habitat en Alsace. Un certain nombre de dispositifs visant à améliorer le repérage et la résorption de l'habitat indigne et à prévenir la dégradation des logements existent (plan national de lutte contre l'habitat indigne et ses déclinaisons locales) et sont mis en œuvre, qui plus est, sont en plein développement, en région (cf. objectif repris dans le PRSE 2 précité). En parallèle à ces actions toutefois, il apparaît nécessaire de dépasser ce seul cadre normé pour évoluer vers une politique « proactive » de promotion des conditions d'un habitat sain en développant l'information du public sur les bons gestes à retenir pour améliorer la qualité sanitaire de son habitat.

Objectif stratégique	Objectifs spécifiques	Pistes d'actions
<p>1° Améliorer la qualité de l'air intérieur et lutter contre l'habitat indigne</p>	<p><b>1. Améliorer l'information et les pratiques du grand public, et des administrations, établissements publics et collectivités territoriales sur la qualité de l'air intérieur</b></p> <p><b>2. Développer les postes de conseiller médical en environnement intérieur</b></p> <p><b>3. Améliorer l'information des élus sur leurs droits et devoirs en matière de lutte contre l'habitat indigne</b></p> <p><b>4. Prévenir la dégradation des logements et lutter contre l'habitat indigne</b></p>	<p>1) Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication « Habiter autrement » à l'attention des professionnels et du grand public en cohérence avec les orientations du PRSE</p> <p>2) Inscrire la thématique de l'habitat et de l'amélioration de la qualité de l'air intérieur au sein des futurs CLS</p> <p>1) Etudier la possibilité de créer un poste de CMEI avec l'ensemble des financeurs potentiels dans le Haut-Rhin</p> <p>1) Réaliser et diffuser un document local (de type « qui fait quoi ») à destination des élus locaux</p> <p>1) Mettre en place des actions de sensibilisation et information des professionnels dans le cadre des réhabilitations des logements</p> <p>2) Favoriser l'usage par les particuliers du carnet d'utilisation du logement</p>
<p><b>Les principaux partenaires à la priorité de santé :</b> Etat (DREAL – DDT), Collectivités territoriales, URPS, professionnels de santé libéraux et hospitaliers, associations, presse écrite et audio-visuelle</p>		
<p><b>Autres schémas, plans, programmes concernés :</b> PRSE 2, PRAPS, CLS, PDALPD / PDAHI du Bas-Rhin et du Haut-Rhin</p>		

### B.2.b/ii Prévenir la perte d'audition chez les jeunes.

Malgré les nombreux documents existants, les jeunes continuent à avoir un comportement à risque vis-à-vis de la musique amplifiée. La multiplication des sollicitations musicales (concerts, MP3, téléphones, etc..) ne facilite pas la prise de conscience du risque et le manque d'information ne permet pas aux jeunes d'adapter leur comportement.

Objectif stratégique	Objectifs spécifiques	Pistes d'actions
1° Prévenir la perte d'audition chez les jeunes	<i>1. Faire prendre conscience aux jeunes (public prioritairement ciblé) des risques qu'ils prennent et les informer des moyens de protections qui existent ou des conduites à adopter afin de prévenir les lésions auditives.</i>	1) Systématiser la mise en place d'actions d'information des élèves dans l'enseignement secondaire et en apprentissage  2) Promouvoir des actions innovantes en la matière.
<b>Les principaux partenaires à la priorité de santé :</b> Etat, Collectivités locales et territoriales, URPS, professionnels de santé libéraux et hospitaliers, associations, presse écrite et audio-visuelle		
<b>Autres schémas, plans, programmes concernés :</b> PRSE 2		

### B.2.c/Lutter contre les risques émergents

Des épiphénomènes sanitaires sont apparus au cours des dernières années (cf puce du canard, cas importé de paludisme...), auxquels il a été répondu ponctuellement de manière adaptée. Néanmoins, certains d'entre eux (du champ de la veille sanitaire ou de la santé environnement) sont encore peu connus, d'autres pourraient prendre plus d'ampleur dans les années à venir ou enfin, certains, inconnus à ce jour, pourraient apparaître.

Il convient donc d'anticiper au maximum leur survenance et leurs risques sur la santé humaine, en développant des systèmes de veille et surveillance et en améliorant leurs connaissances.

Objectifs opérationnels :

- Favoriser la mise en place d'un dispositif de veille et d'alerte partagé (en réseau) / nouveaux risques et leur évolution (cf. volet VAGUSAN ci-après) ;
- Accompagner cette surveillance par des actions ciblées d'information des publics et des professionnels de santé ;
- Améliorer la connaissance sur les nanoparticules ;
- Prévenir les risques liés aux champs électromagnétiques.

# //-VOLET VEILLE, ALERTE ET GESTION DES URGENCES SANITAIRES (VAGUSAN)

Le volet VAGUSAN fixe les grandes orientations en matière de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires dans le champ de compétence de l'ARS.

L'état des lieux du volet VAGUSAN a été réalisé en se basant sur 3 approches différentes :

- Une synthèse des réflexions menées en interne au sein du pôle veille et gestion des alertes sanitaires de l'ARS Alsace en association avec la cellule de l'InVS en région (Cire Lorraine-Alsace).
- Une analyse critique des objectifs du PRAGSUS (plan régional alerte et gestion des situations d'urgence sanitaire), volet de l'ex plan régional de santé publique (PRSP).
- La réalisation d'entretiens semi-directifs auprès de professionnels alsaciens dont l'institution est particulièrement impliquée soit dans la veille et l'alerte sanitaire, soit dans la gestion de crise<sup>23</sup>.

## A/ PARTIE 1 – ORGANISATION DE LA VEILLE, ALERTE ET GESTION DES URGENCES SANITAIRES

### A.1/ Présentation de l'organisation générale alsacienne

La veille sanitaire et l'activité de prévention et de gestion des crises (PGC) sont organisées dans le cadre de la **plateforme régionale de veille et urgences sanitaires** (cf. note DGS/HFDS du 20 avril 2010). Cette plateforme est organisée au sein de l'Agence régionale de santé par la Direction de la protection et de la promotion de la santé (DPPS). Elle associe deux pôles et la cellule de l'InVS en région Lorraine-Alsace :

- Le pôle VGAS (veille et gestion des alertes sanitaires) assure l'activité de veille sanitaire pour les signaux principalement médicaux (maladies à déclaration obligatoire, autres pathologies) à travers sa cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS), et assure la réponse à l'alerte pendant les heures de fonctionnement de l'ARS. La mission régionale « défense et sécurité » (MRDS) assure l'activité de PGC pour le compte du directeur général de l'ARS.
- Le pôle SRE (santé et risques environnementaux) assure l'activité de veille sanitaire pour les signaux de nature environnementale. et une réponse directe aux signalements des partenaires et du public. Il contribue avec la mission régionale « défense et sécurité » à la mission de planification dans le domaine de la défense.
- La Cire (cellule de l'InVS en région) Lorraine-Alsace contribue à l'activité de veille sanitaire. Elle vient en appui des pôles VGAS et SRE pour la validation et l'investigation des signaux sanitaires et environnementaux. Elle analyse les données des systèmes de surveillance de l'InVS et transmet au pôle VGAS les alertes qui en sont issues.

Le fonctionnement de la plateforme s'appuie sur un système d'information régional, l'application ORAGES. Celle-ci est déjà utilisée en routine par la CVAGS et la CIRE. Il reste à y intégrer certains signaux traités par le pôle SRE.

Le secrétariat de la DPPS assure la gestion de la messagerie électronique d'alerte (BAL) du **point focal régional unique** « [ars67-alerte@ars.sante.fr](mailto:ars67-alerte@ars.sante.fr) ».

Il assure également la coordination logistique des différentes lignes d'astreinte de l'Agence régionale de santé d'Alsace qui assurent une réponse H24 et 7 jours sur 7 aux alertes arrivant en ARS.

<sup>23</sup> Cf. annexe n° 17 – Liste des partenaires rencontrés et annexe n°18 – Synthèse des entretiens internes et externes

Le point focal matérialisé par la BAL ars67-alerte est le point d'entrée unique en ARS Alsace des alertes sanitaires en provenance du niveau national (ex. canicule, retrait de médicaments,...), du niveau zonal (essentiellement de l'ARS de Lorraine, ARS de la zone de défense Est), des administrations de l'Etat en région ou dans les départements (préfectures, directions départementales de protection des populations, ...) , des établissements sanitaires et médico-sociaux (ex. fugue de pensionnaire, incendie,...) et des professionnels de santé. Toutes les alertes entrant par le point focal sont ensuite orientées vers les différents pôles ou directions concernés (ex. : incidents graves en établissement vers le pôle RUCQ (relations avec les usagers, contrôle et qualité), hospitalisations sous contrainte vers la DOSOMS (Direction de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale), intoxications au monoxyde de carbone vers le pôle SRE, alertes météo vers le pôle VGAS,...). Chaque pôle va ensuite assurer un traitement de l'alerte. Le point focal sert également à faire remonter des alertes ou des informations liées aux alertes vers les niveaux national, zonal, régional, départemental et local. Les données qui transitent par la BAL Alerte vers l'extérieur sont diverses : données pour le dispositif de surveillance des « tensions » hospitalières vers le niveau national, diffusion d'alertes sur un risque nosocomial vers les établissements de santé, information sur un cas de méningite vers le préfet de département,...

Le point focal régional unique fonctionne 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Le relais de la réponse à l'alerte est assuré en Agence par l'astreinte administrative en dehors des heures d'ouverture de l'ARS. Les figures suivantes issues du rapport sur la veille et l'alerte sanitaire en France (InVS mars 2011) résument la démarche suivie par l'ARS lors de la réception des signaux sanitaires.

Figure 1 : Arbre de décision pour la validation des signaux

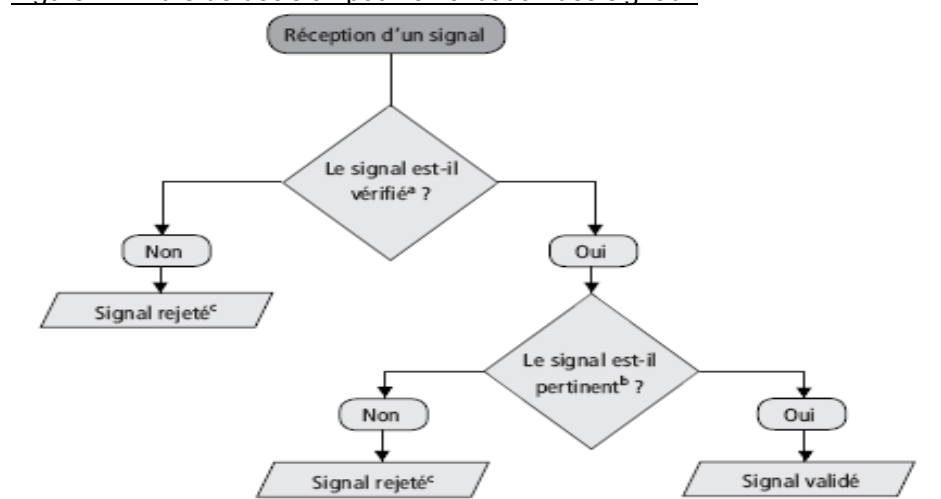


Figure 2 : Evaluation de la menace et caractérisation de l'alerte

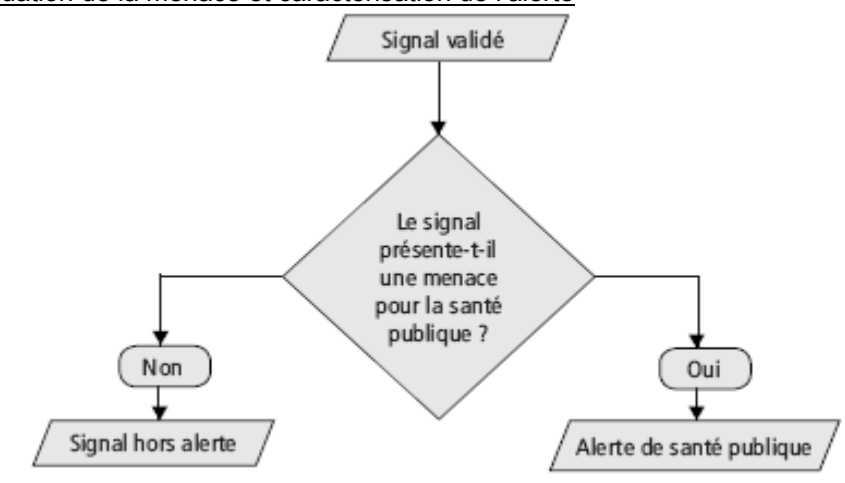
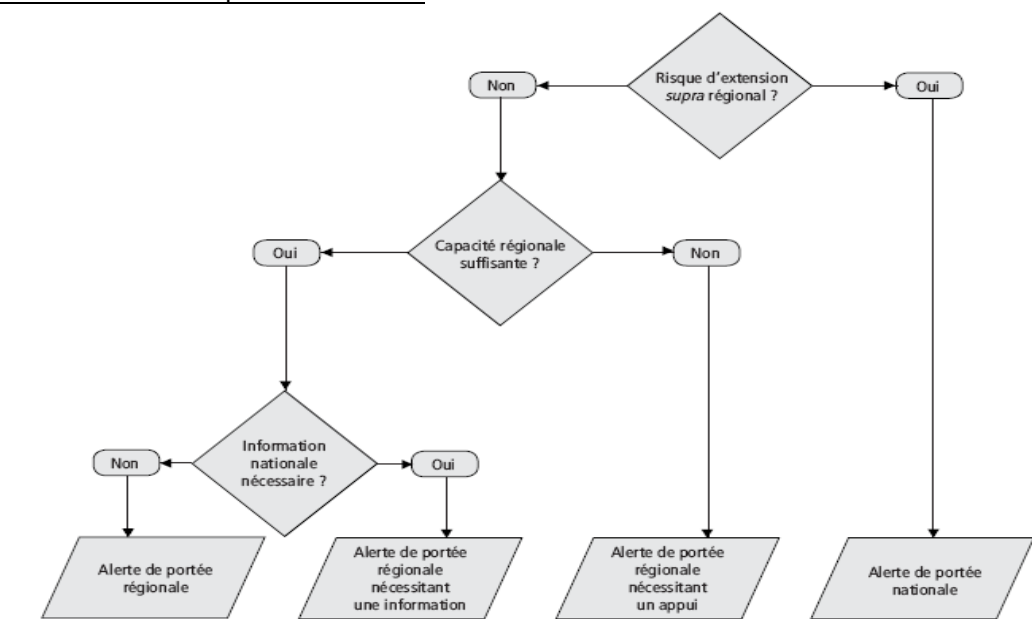




Figure 3 Evaluation de la portée de l'alerte



## A.2/ Prévention et gestion de crise (PGC)

### A.2.a/Risques, menaces et crises

#### A.2.a/i Terminologies

**Risque** : probabilité de survenue d'un événement néfaste. Dans la notion de prévention et de gestion de crise, on s'intéresse aux risques ayant un fort impact sur la santé en termes de morbi-mortalité, soit par le danger intrinsèque à l'agent pathogène ou à la situation identifiée (forte létalité par exemple), soit par le nombre important de personnes susceptibles d'être impactées par la situation.

**Menace** : intention hostile conjuguée à la mobilisation des moyens nécessaires pour la concrétiser.

**Crise** : Une crise découle d'un accident ou de tout autre événement exceptionnel qu'ils soient d'origine naturelle (climatique, géologique, maladie infectieuse...) ou humaine (industriel, transport de matières chimiques/nucléaires, terrorisme...).

La crise se caractérise généralement par son apparition brutale, son ampleur, ses conséquences réelles ou potentielles sur l'intégrité physique et morale des populations. Elle peut entraîner le dérèglement des organisations, restreignant leurs capacités de réaction. A cela s'ajoute de façon de plus en plus prégnante la médiatisation de l'évènement (risque médiatique) devant être pris en compte dans la conduite à tenir.

**La gestion de la crise** peut être définie comme l'ensemble des organisations techniques, des moyens permettant à une institution de se préparer, de faire face à la survenue d'une crise et de tirer tous les enseignements utiles de l'évènement, ceci dans un objectif d'amélioration continue : formation des personnels, adaptation de procédures de conduite à tenir, investissements dans de nouveaux outils...

#### A.2.a/ii Typologie des risques

Dans une approche générale, quatre types de risques susceptibles d'avoir des conséquences sanitaires peuvent être identifiés. Ils sont liés :

- A des phénomènes naturels : inondations, coulées de boues, séismes, tempêtes, canicules, sécheresses... pouvant provoquer la rupture d'un équilibre écologique ;
- A des accidents technologiques et industriels : explosion, fuite de produits toxiques, libération intempestive d'organismes pathogènes, rupture de barrage, incident ou accident nucléaire civil ;

- A des évènements sociopolitiques : guerres, exodes de population (réfugiés humanitaires, écologiques), actes de malveillance et terrorisme ;
- A des évènements sanitaires : épidémies, épizooties, contamination de réseaux d'eau potable, déstructuration des moyens de l'offre de soins.

L'existence de ces risques-menaces sur la santé des populations et les crises passées amènent les Etats à s'organiser pour être en capacité d'éviter ou pour le moins de minimiser leurs effets. En France, le dispositif général de sécurité sanitaire s'est bâti en partie suite aux répercussions des crises sanitaires du sang contaminé (création des agences de sécurité sanitaire) et de la canicule de 2003.

### A.2.a/iii Concept global de défense et organisation territoriale

La défense nationale ne se cantonne pas aux seules problématiques militaires. Le livre blanc de défense et sécurité nationale (2008) fait explicitement référence aux risques sanitaires susceptibles d'engendrer des désorganisations sociales et économiques.

Le concept de défense national repose sur la « Défense Militaire », chargée notamment de la préservation des intérêts vitaux de la nation et sur la « Défense Non Militaire » englobant la « Défense Civile » et la « Défense Economique ». Les autorités sanitaires (ministère de la santé, ARS, agences nationales de sécurité sanitaire) et les laboratoires référents nationaux concourent à la défense civile en assurant la protection matérielle et morale des personnes ; la santé est ici considérée comme un bien individuel et collectif.

Sous la tutelle du haut-fonctionnaire de défense (HFDS) du ministère de la santé, la prévention et la gestion des risques sanitaires repose sur un échelon interrégional (zonal), servant d'interface entre les autorités nationales et les acteurs de santé publique en région. L'Alsace est rattachée à la zone de défense Est (Alsace, Bourgogne, Champagne-Ardenne, Franche-Comté et Lorraine). La zone de défense s'appuie sur les structures suivantes.

- Deux centres hospitalo-universitaires (Nancy et Strasbourg), compétents sur les risques NRBC (nucléaire-radiologique-biologique-chimique) ;
- Des centres hospitaliers (un au moins par département) équipés de stocks de matériels et de produits de santé immédiatement mobilisables (postes sanitaires mobiles) ;
- Chacune des cinq ARS de l'interrégion concernée affectent des effectifs pluridisciplinaires à l'exercice d'une mission régionale de défense et de sécurité dont l'action est coordonnée par l'ARS de Zone (ARS Lorraine). Ses attributions consistent principalement en la préparation et la gestion des alertes et des crises et la déclinaison des plans d'urgence sanitaire en lien avec les préfetures de département.

### A.2.b/Identification des risques en Alsace

#### A.2.b/i Risques industriels, technologiques et agricoles

De superficie modeste (8 280 km<sup>2</sup>), la région Alsace se caractérise par sa forte densité (220 habitants/km<sup>2</sup>) particulièrement au niveau de la plaine rhénane. Cet espace étroit accueille de nombreuses entreprises dont 42 classées en risque « SEVESO » qui se trouvent majoritairement à proximité de bassins de population importants tels que le Port aux Pétales à Strasbourg et la frontière bâloise.

Par ailleurs, zone d'échange nord-sud, via le couloir Rhin-Rhône, les réseaux de circulation alsaciens qu'ils soient ferroviaires, autoroutiers et fluviaux, sont très fréquentés et peuvent donc être exposés à des accidents. A titre d'exemple, sur le Rhin entre Bâle et Strasbourg, circulent près de 8 millions de tonnes de produits pétroliers ou chimiques. Moins visibles mais potentiellement à risque, les 1 800 kilomètres de canalisation réservés au transport des matières dangereuses sont également à prendre en compte.

Au niveau énergétique, les présences cumulées d'une unité de stockage et d'expédition (ancienne raffinerie) au nord de l'agglomération strasbourgeoise, de barrages dans le massif vosgien et d'une centrale nucléaire à Fessenheim (68) située sur une faille sismique, induisent des risques pouvant avoir un impact majeur.

Toutes ces activités génèrent une pollution qui a tendance à stagner dans la « cuvette » rhénane et cette situation n'est pas sans répercussion sur la santé des populations les plus fragiles comme le montrent les pics d'ozone estivaux rencontrés dans les principales agglomérations alsaciennes.

L'agriculture alsacienne tournée vers la production céréalière et viticole est performante. Elle induit des conséquences sur l'environnement : rejets de produits phytosanitaires dans les cours d'eaux et les nappes phréatiques contribuant à dégrader la qualité de l'eau potable.

#### A.2.b/ii Risques spécifiques à la ville de Strasbourg

Strasbourg, siège de nombreuses institutions européennes (Parlement européen, Conseil de l'Europe, Cour européenne des droits de l'Homme,...) dépasse le cadre habituel d'une préfecture régionale. Ville symbole, elle est donc sujette à des risques d'attentats, de manifestations et donc d'évènements susceptibles de déclencher des situations de crise, de tensions ayant des conséquences sur l'organisation de l'offre de soins. Elle accueille régulièrement des grands rassemblements, comme le sommet de l'OTAN en avril 2009.

#### A.2.b/iii Risques naturels

Le climat semi-continental auquel est soumise la région se traduit habituellement par des températures très élevées en été et très froides l'hiver nécessitant des mesures de précautions pour certaines catégories de la population (personnes âgées, malades, personnes précaires,...). Les zones de moyenne montagne sont exposées à des intempéries neigeuses immobilisant temporairement les axes de circulation et isolant les populations des lieux de soins et de distribution des produits de santé. Même si les vents dominants Ouest-Est sont atténués par l'éloignement aux côtes et par la protection du massif vosgien, cette situation géographique n'empêche pas la survenue d'épisodes extrêmes comme en atteste la tempête de décembre 1999.

Au niveau géologique, l'ensemble de la région est exposé à un risque sismique modéré, allant même pour l'extrémité sud du Haut-Rhin à un niveau moyen.

Par ailleurs, de nombreuses communes des plaines rhénanes et de l'Ill sont en zone inondable (plus de 200 000 personnes sont concernées). Quelques communes des collines sous-vosgiennes se situent dans des couloirs d'écoulement de boues générées par un niveau de pluviométrie parmi les plus importants de France sur les ballons vosgiens.

En conclusion, l'Alsace est exposée à des risques spécifiques notamment liés à la concomitance dans sa plaine rhénane d'une forte densité de population et d'activités économiques et industrielles intenses. Les risques climatiques en particulier les épisodes de canicule et de grand froid ne doivent pas non plus être sous-estimés. Il faut également prendre en compte la dimension transfrontalière de ces questions en lien avec l'Allemagne et la Suisse.

#### A.2.c/Organisation de la prévention et de la gestion de crise

Sur le plan organisationnel et technique, la préparation des crises sanitaires à l'ARS d'Alsace incombe à la direction de la protection et de la promotion de la santé (DPPS). En situation de crise sanitaire, l'ensemble des services de l'ARS est potentiellement mobilisable sous l'autorité du directeur général.

#### A.2.c/i Organisation « hors crise »

La préparation des crises au sein de l'ARS consiste en premier lieu à participer en lien avec les services préfectoraux (protection civile) à l'élaboration et à la mise à jour des plans de secours. Le suivi des plans sanitaires est assuré par deux pôles de la DPPS. Pleinement intégrée au pôle veille et gestion des alertes sanitaire (VGAS), la mission régionale de défense et sécurité (MRDS) est l'interlocuteur des services préfectoraux de protection civile. Les questions relatives à l'eau potable et aux plans particuliers d'intervention (PPI) rattachés aux sites industriels sont gérées par le pôle santé et risques environnementaux (SRE) en lien avec la MRDS.

Les plans à forts enjeux sanitaires mobilisent fortement les compétences techniques de l'ARS : eau potable, canicule, distribution de médicaments (vaccins, antibiotiques, iode), délestage électrique « électrosecours ». Il est fait appel, en tant que de besoin, à l'expertise épidémiologique de la Cellule régionale de l'InVS Lorraine-Alsace (CIRE), par exemple au niveau du plan canicule pour le recueil des données biométéorologiques.

Au-delà de son action dans les plans de secours, la MRDS s'implique dans le déploiement logistique de produits de santé et matériels associés en lien avec l'Etablissement pour la réponse aux urgences sanitaires (EPRUS). Elle traite également les données hebdomadaires de capacité et de tension

hospitalière qui remontent auprès du CORRUSS. Elle assure la gestion des documents classés « confidentiel défense ».

Dans le cadre de la préparation à la gestion de crise, la mise à jour des plans sera complétée par un travail sur les scénarii et des exercices de mise en situation.

### A.2.c/ii Organisation en cas de crise

La gestion de crise correspond à l'ARS à un circuit du signalement allant de l'alerte jusqu'au travail de retour d'expérience :

**L'alerte** : Tant aux heures ouvrables qu'en astreinte, le signalement d'un événement rattachable à une situation de crise parvient sur le téléphone portable du cadre administratif d'astreinte de 1<sup>ère</sup> ligne. Il doit prévenir dans les plus brefs délais le directeur général de l'ARS ou le directeur d'astreinte.

**Mobilisation de la cellule de crise** : La mise en place de cette cellule incombe au directeur général ou au directeur d'astreinte. Il doit en définir ses membres, son pilote, le lieu où se tient la cellule et son secrétariat.

**Missions de la cellule de crise** : Elle assure le lien avec le Centre Opérationnel Départemental (COD : cellule de crise interministérielle pilotée par le préfet de département) et tient informé celui-ci des actions réalisées par l'ARS notamment vis-à-vis des établissements sanitaires et médico-sociaux, et des professionnels de santé libéraux impliqués. Elle organise, en lien avec la préfecture, tout au long de la crise la communication sur les risques sanitaires, afin de limiter le risque médiatique et de permettre l'adhésion du public aux messages d'information et de prévention.

**Clôture** : Après clôture du COD en préfecture, le directeur général de l'ARS ou la personne désignée comme pilote de la cellule de crise met fin à la cellule de crise interne.

**Retour d'expérience** : L'organisation du retour d'expérience (RETEX) suite à une crise ou un exercice relève de la MRDS. Une synthèse de la chronologie des événements, soulignant les aspects positifs et négatifs des actions menées par l'ARS est rédigée et diffusée. Les mesures correctives nécessaires sont ensuite mises en place afin que la gestion des événements exceptionnels ultérieurs en soit améliorée.

### A.2.c/iii Points forts et axes d'amélioration

#### Points forts

Les missions de prévention et de gestion de crise (PGC) étaient précédemment assurées par les DDASS, la DRASS et l'ARH. L'ARS capitalise sur ces expériences antérieures en particulier l'organisation du sommet de l'OTAN (avril 2009), l'élaboration du plan variole, les plans départementaux de distribution d'iode et la campagne de vaccination grippe A/H1N1 (2009-2010), ainsi que les compétences du pôle SRE sur les questions d'eau potable. Cette expérience se matérialise par les nombreux documents qualité déjà rédigés et a contribué à la structuration des lignes d'astreinte de l'ARS.

Les relations avec les professionnels de santé alsaciens impliqués dans la PGC sont bien établies et facilitent le travail en cas de crise.

#### Axes d'amélioration

*Actualiser le plan de continuité d'activité (PCA)*

Ce plan a été prévu initialement dans le cadre du plan pandémie pour faire face à une situation exceptionnelle entraînant la réduction significative des agents présents à leur poste de travail. L'ARS doit disposer d'un PCA afin d'assurer la permanence de ses actions essentielles.

### A.3/ Systèmes de surveillance

#### A.3.a/Définitions<sup>24</sup>.

**Veille sanitaire** : ensemble des actions visant à reconnaître la survenue d'un évènement inhabituel ou anormal pouvant présenter un risque pour la santé humaine dans une perspective d'anticipation, d'alerte et d'action précoce.

**Surveillance** : collecte systématique et continue de données ainsi que leur analyse, leur interprétation et leur diffusion dans une perspective d'aide à la décision.

**Indicateur** : mesure construite à partir de variables collectées dans le cadre d'un système de surveillance qui reflète l'état de santé d'un groupe de population, ou une exposition via les milieux en contact avec l'homme. Cette mesure peut être exprimée sous forme de nombre de patients, de taux (incidence), de proportion de patients présentant une caractéristique inhabituelle (souche, facteur de risques...), de concentration dans les milieux (mg/litre, ppm, UFC/100 ml), de quotient de danger ou d'excès de risque individuel...

**Alerte de santé publique** : signal validé pour lequel, après évaluation du risque, il a été considéré qu'il représente une menace pour la santé des populations et qui nécessite une réponse adaptée.

#### A.3.b/Buts d'un système de surveillance

Les systèmes de surveillance sanitaire sont à la base de la veille sanitaire. L'objectif final de ces systèmes est de pouvoir déclencher précocement des alertes de santé publique afin d'en limiter l'impact par la mise en place de mesures de gestion adaptée précoces.

Les systèmes de surveillance permettent également de décrire des tendances dans l'épidémiologie des pathologies surveillées et d'évaluer l'impact des actions de santé publique mises en œuvre.

#### A.3.c/Systèmes de surveillance existants

##### A.3.c/i Systèmes nationaux pilotés par l'InVS

- Réseau des Centres nationaux de référence (CNR)
- Dispositif des maladies à déclaration obligatoire (MDO) : projet de confier aux Cire la surveillance en temps réel de 5 MDO avec but de détection de clusters
- Signalement des infections nosocomiales : en pleine évolution, le signalement va être entièrement dématérialisé à partir du dernier trimestre 2011 (application e-sin)

##### A.3.c/ii Systèmes pilotés par l'InVS et déclinés en régions (par les CIRE)

- Surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST)
- Surveillance des cas groupés d'infections respiratoires aiguës basses (IRA) et des gastroentérites aiguës (GEA) survenant en établissements pour personnes âgées (EHPAD)
- Système d'alerte canicule santé (SACS)
- Dispositif SURSAUD<sup>®</sup> : surveillance sanitaire des urgences et des décès (mis en place après la canicule de 2003) intégrant :
  - OSCOUR<sup>®</sup> (organisation de la surveillance coordonnée des urgences) : analyse en temps réel des résumés de passage aux urgences pour les établissements participant au réseau
  - Données de mortalité quantitative provenant des certificats de décès – INSEE
  - Données d'activité des associations SOS-Médecins

En Alsace, peu d'établissements participent au réseau OSCOUR<sup>®</sup> et à la certification électronique des décès. En revanche, les deux associations SOS Médecins (Strasbourg et Mulhouse) transmettent leurs données à l'InVS.

---

<sup>24</sup> Rapport veille et alerte – InVS – mars 2011

### A.3.c/iii Autres systèmes de surveillance sanitaires au niveau régional :

- Réseau sentinelles,
- Réseau des groupements régionaux d'observation de la grippe (GROG), (RENACQ)
- Registres de pathologie (cancers, maladies cardiovasculaires,...)

### A.3.c/iv Surveillance environnementale

- Climat : Météo France
- Qualité de l'air : association de surveillance de la pollution atmosphérique (ASPA)
- Qualité de l'eau potable : ARS
- ...

### A.3.c/v Sources d'information possibles

- Assurance maladie : affections longue durée, consommation de médicaments,...
- Laboratoires d'analyses : sur des pathogènes soumis à déclaration obligatoire, sur des pathogènes faisant l'objet de surveillances spécifiques
- Données dans le champ vétérinaire avec les zoonoses
- Observatoire régional de la santé
- Surveillance en médecine du travail
- Vigilances : pharmaco-vigilance, matéro-vigilance, hémovigilance,... piloté par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)

### A.3.c/vi Acteurs de la surveillance / Partenaires

La réception des signalements en région est centralisée autour de la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires précitée : les signaux y arrivent soit pour traitement direct, soit pour remontée vers les dispositifs de surveillance nationaux.

Les partenaires sont nombreux :

- Dans le domaine de la santé : professionnels de santé libéraux, union régionale des professionnels de santé (URPS), biologistes, établissements de santé, établissements médico-sociaux, services de promotion de la santé en faveur des élèves (Education nationale), services de protection maternelle et infantile (PMI), centres de lutte antituberculeuse (CLAT), services communaux d'hygiène et de santé, centre antipoison (CAP TV), médecins inspecteurs régionaux du travail... ;
- Autres administrations et acteurs dont l'activité peut avoir un impact direct ou indirect sur la santé (services de protection civile des préfetures, gestionnaires de réseaux, associations de surveillance de la qualité de l'air (ASPA), DREAL (direction régionale de l'environnement de l'aménagement et du logement), communes,....

## B/ PARTIE 2 – ANALYSE CRITIQUE DU PRAGSUS ALSACE

---

Le volet VAGUSAN du schéma régional de prévention s'inscrit dans la suite du PRAGSUS qui avait été arrêté en 2004 au sein du PRSP.

Le bilan des cinq grands objectifs qui avaient été fixés dans le PRAGSUS est le suivant :

### **Objectif 1 : Améliorer la connaissance du dispositif de veille sanitaire**

- Par les professionnels de santé libéraux ;
- Par les hospitaliers ;
- Par la population générale :
  - Expliciter le rôle des institutions sanitaires ;
  - Apporter au grand public des éléments d'information leur permettant de développer une culture des risques sanitaires ;

La mise en place de l'ARS en avril 2010 s'est accompagnée d'une importante communication, notamment autour du dispositif de veille et de sécurité sanitaire. Cependant, il conviendra de poursuivre cette action car les acteurs ont changé et les systèmes d'information ont évolué.

La notion de point focal unique régional n'est pas encore complètement assimilée par les institutions partenaires dont les établissements.

Concernant les « alertes » dans le domaine de la santé environnementale, le dispositif antérieur départemental a été préservé mais celui-ci devra évoluer progressivement vers une régionalisation.

### **Objectif 2 : Améliorer le fonctionnement de l'astreinte**

- Financement d'une astreinte environnementale ;
- Dégager un temps de travail nécessaire à la mise en place des PC d'astreinte et assurer la maintenance et la mise à jour régulièrement et désigner un responsable ;
- Assurer à toutes les lignes d'astreinte un accès H24 à l'intranet du ministère et aux BAL d'alerte ;
- Disposer d'un lieu de centralisation des plans de gestion des situations de crise sanitaire, informatisé et accessible H24 pour les cadres d'astreinte ;
- Formation du personnel

La mise en place de l'Agence régionale de santé s'est accompagnée d'une « professionnalisation » des dispositifs d'astreinte. La formation, l'organisation, les outils se sont grandement améliorés et développés avec en parallèle, là aussi, une exigence de réactivité plus importante. Les lignes d'astreintes existantes en ARS sont les suivantes :

- Astreinte de premier niveau régional fonctionnant 7 jours sur 7 et H24 : astreinte effectuée indifféremment par les cadres administratifs basés sur Colmar ou Strasbourg concernant les cadres A de droit public et les cadres de niveau 6 et plus de droit privé.
- Astreinte de direction, effectuée par l'ensemble des membres du comité de direction de l'ARS à l'exception de l'agent comptable : fonctionne J7 et H24 ;
- Astreintes régionales de deuxième niveau fonctionnant les week-ends et jours fériés :
  - Astreinte médicale apportant essentiellement une réponse aux problématiques médicales, souvent dans le prolongement de l'activité de veille sanitaire. Elle est assurée par les médecins de l'ARS.
  - Astreinte environnementale apportant essentiellement une réponse aux problématiques environnementales dans le prolongement de l'activité du pôle santé et risques environnementaux (SRE). Elle est assurée par les ingénieurs du génie sanitaire et ingénieurs d'étude sanitaire.

- Astreintes inter régionales :
  - Astreintes pharmaceutiques fonctionnant les week-ends et jours fériés couvrant les 5 régions de la zone Est (Alsace, Bourgogne, Champagne Ardennes, Franche Comté et Lorraine). Elle apporte une réponse aux questions en lien avec les produits de santé et notamment en matière d'appui logistique pour les campagnes de traitement de masse. Elle a été mise en place sur décision de la zone de défense Est dans le cadre du dispositif de prévention et de gestion des crises.

Le dispositif d'astreinte pourrait être complété à terme par une astreinte interrégionale des cellules de l'InVS en région, dont le périmètre et les modalités restent à définir.

### **Objectif 3 : Améliorer les dispositifs de circulation de l'information**

- Formaliser la transmission d'information en transfrontalier :
  - En urgence ;
  - En routine ;
  - Disposer de possibilité de traduction en simultané.
- Mettre en place un relais rapide et efficace des informations sanitaires utiles à l'appréhension du risque par la population.
- Rédaction d'une procédure d'alerte standard validée et partagée.

La question de la transmission des alertes transfrontalières reste entière posée. Elle se fait actuellement sur des BAL nominatives entre des professionnels qui se connaissent depuis plusieurs années. Ce dispositif doit évoluer en s'appuyant sur des BAL ou des mails de service accessibles H24 et J7. Le problème de la traduction des messages reste entier (une identification des personnes ressources est néanmoins en cours) ; les nouveaux applicatifs web de traduction instantanée permettent une traduction simpliste des messages avec toutes les erreurs qui peuvent se poser en terme de contresens et ne permettent pas de résoudre les difficultés liés aux appels téléphoniques.

Les nouveaux systèmes d'information (GCS e-santé, ROR, etc..) devront être intégrés dans la réflexion, qui avait débuté en ARH et qui se poursuit en ARS. La mise en place des ARS s'est accompagnée d'une professionnalisation de la communication en matière de santé. Dans un souci d'efficacité, celle-ci devra s'appuyer sur une communication de « routine » sur les risques sanitaires, la prévention avec la possibilité de monter en puissance au moment des crises.

Le relais des alertes en interne au niveau de l'ARS est accessible sur le réseau interne de l'ARS et sur l'espace collaboratif astreinte. Les relations avec les partenaires extérieurs, préfecture et DDI, sont formalisées dans les protocoles organisant les modalités de coopération entre les Préfets de département et le Directeur général de l'ARS qui ont été signés le 6 octobre 2010 pour le Bas-Rhin et le 5 avril 2011 pour le Haut-Rhin.

### **Objectif 4 : Améliorer la gestion de crise**

- Mettre en place la cellule régionale d'appui et définir son champ d'intervention ;
- Mettre en place les cellules départementales de prévention et de gestion des crises et définir ses champs d'intervention ;
- Formaliser l'utilisation des dispositifs d'alertes sanitaires (y compris les WE et fériés) : URMLA Interface, base de données mails des DDASS ;
- Assurer une déclinaison régionale de la mallette d'astreinte et sa mise à jour régulière ;
- Disposer de moyens financiers locaux et d'une autonomie de gestion locale dans la gestion de certaines crises ;
- Procédure de transmission des documents à formaliser avec la zone de défense ;
- Elaborer un répertoire des experts scientifiques, hygiénistes et épidémiologistes.

La situation a fortement évolué depuis 2004 avec en parallèle une augmentation constante des commandes dans le champ de la prévention et de la gestion des crises. La cellule régionale d'appui, qui permettait en un lieu de réunir DDASS/DRASS/ARH/ Cire n'a plus lieu d'être puisque l'ARS



regroupe tous ces partenaires. En cas de crise, il conviendra de formaliser la constitution de cellule de crise avec les partenaires extérieurs concernés.

La formalisation des dispositifs d'alerte sanitaire se poursuit :

- Le dispositif Interface géré maintenant par l'URPS est maintenu et continue à améliorer l'exhaustivité de sa base de courriels des professionnels de santé volontaires. La transmission d'alerte vers les professionnels de santé libéraux fonctionne avec une excellente réactivité (y compris WE et jours fériés) et l'expertise d'interface en matière de communication est précieuse ;
- Les alertes concernant les établissements de santé et les établissements médico-sociaux sont directement transmises par l'ARS. Un groupe de travail interne à l'ARS de conception de la base de données de ces établissements, dont une base courriel alerte, a été mis en place dans les 6 mois qui ont suivi la création de l'ARS. Un premier annuaire commun est disponible permettant à tous les pôles de disposer des coordonnées et des BAL « alerte » des établissements. Cette base est quasi exhaustive et nécessite maintenant une mise à jour régulière et suivi. Un annuaire national « alerte » des établissements de santé est en cours de construction, ainsi qu'un répertoire régional à travers le ROR et le GCS e-santé. En parallèle, un applicatif WEB est en voie de développement pour gérer les bases annuaire des ARS.

Le répertoire des experts reste à construire.

***Objectif 5 : Renforcer les capacités d'expertises indépendantes des signaux d'alerte sanitaire et l'analyse méthodologique***

- Renforcer la CIRE-Est par la création d'une antenne régionale alsacienne.

Cet objectif est pleinement atteint (2 postes dont un financé par l'ARS).



## C/ PARTIE 3 – OBJECTIFS STRATEGIQUES ET OPERATIONNELS

---

Ce volet VAGUSAN du schéma régional de prévention a pour objectif principal d'organiser la gestion des alertes au sein de l'ARS et en lien étroit avec les services préfectoraux autour des 5 objectifs stratégiques suivants :

### **C.1/ Structurer l'organisation des alertes et de la veille sanitaire au niveau de la région**

*Mettre en place et animer un réseau d'alerte et de veille sanitaire articulé autour du point focal régional*

- Pour favoriser une meilleure connaissance réciproque des acteurs : missions, domaines de compétence, moyens humains et techniques mobilisables, limites d'action, contraintes institutionnelles ou fonctionnelles. Il concerne au premier chef les partenaires opérationnels d'une gestion de crise. Il peut se construire par le développement d'une culture commune, d'un vocabulaire commun, voire pour certains de formations et d'exercices partagés ;
- Pour clarifier la nature des signaux à transmettre ;
- Pour mettre à disposition des outils partagés : systèmes de communication type main-courante en lecture et/ou en écriture, voire la création d'un COD santé formalisé ;
- Pour mieux partager l'information :
  - Notamment avec les services d'urgences et d'infectiologie sur les alertes régionales en cours ;
  - Sur la veille réglementaire ;
- Formaliser les dispositifs d'alertes des professionnels des établissements de santé, des établissements médico-sociaux et des professionnels de santé libéraux.

*Procédurer la transmission des alertes transfrontalières.*

*Formaliser les liens entre les services communaux d'hygiène (SCHS) et l'ARS.*

### **C.2/ Homogénéiser le cadre de la réception et du traitement des signaux et de la gestion des alertes**

*Mettre en place une démarche qualité autour de la veille sanitaire*

- Formaliser l'organisation de la veille sanitaire : écriture d'un schéma d'alerte général, décliné en fonction de la situation, avec information de certains partenaires pour action, d'autres simplement pour information afin d'éviter les dysfonctionnements ;
- Clarifier le rôle respectif des préfetures et de l'Agence régionale de santé dans la gestion des alertes et plus particulièrement dans la mission d'information en pré-alerte (échanges réciproques d'informations concernant les signalements portés à connaissance des uns et des autres) ;
- Clarifier les rôles respectifs de la CIRE et de l'Agence régionale de santé au sein de la plateforme de veille et d'urgences sanitaires.

*Formaliser les retours d'expérience sur le suivi et la gestion de certaines alertes.*

### **C.3/ Développer le signalement et améliorer le délai de signalement**

*Mettre en place une rétro-information des partenaires afin de promouvoir la culture du signalement et de l'alerte*

- Transmettre systématiquement des notes synthétiques d'information sur les mesures de gestion prises pour les événements les plus marquants aux signalants eux-mêmes et aux partenaires impliqués dans la gestion desdits événements ;
- Assurer une périodicité des bulletins de veille sanitaire et une diffusion large aux partenaires de la veille sanitaire et au grand public.

*Favoriser le déploiement du dispositif OSCOUR<sup>®</sup> et de la certification électronique des décès*

- Faute d'une exhaustivité ou d'au moins une bonne représentativité des services d'urgences adhérant au réseau OSCOUR<sup>®</sup>, l'Alsace ne dispose pas en temps réel des données cliniques d'activité des urgences. Ce programme national est la base du dispositif de surveillance spécifique en cours de déploiement par l'InVS. Le développement du GCS-e-santé Alsace et du réseau des urgences devrait permettre à terme d'atteindre rapidement l'objectif de rassembler la majorité des services d'urgences de la région ;
- La certification électronique des décès par les médecins peine à décoller en France. Ceci ne se fera sans doute pas sans un accompagnement fort des régions sur ce thème. L'intérêt de ce dispositif sera de disposer en temps réel de données qualitatives sur les causes de décès. Actuellement, les retours des certificats de décès papier transmis à l'INSERM nécessitent un traitement d'au moins 2 ans avant de pouvoir être exploitables.

*Procédurer les signalements des événements indésirables graves liés aux soins (EIG)*

- Mise en place d'un groupe de travail avec les établissements sanitaires et médico-sociaux afin de définir le périmètre couvert par la notion d'EIG (cf. plan stratégique régional de santé – priorité 12) ;
- Proposer une définition opérationnelle aux établissements des événements susceptibles d'être déclarés ;
- Inciter les établissements à signaler.

### **C.4/ Améliorer le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires**

*Affirmer la place de l'ARS dans la gestion de crise*

- Il conviendra de formaliser la constitution de cellules de crise avec les partenaires extérieurs concernés en fonction de la nature des crises probables.

### **C.5/ Développer la communication sur les urgences sanitaires**

*Communiquer autour du point focal régional*

- Réaliser régulièrement des campagnes de communication autour des coordonnées du « point focal » et de son fonctionnement ;
- Favoriser les signalements : mise en place d'actions de sensibilisation à destination de publics ciblés pour diminuer les freins au signalement : médecins, entreprise agroalimentaires, etc. ;
- Communiquer en direction des professionnels de santé libéraux et des établissements sanitaires et médico-sociaux ;
- Sensibiliser l'ensemble des acteurs du monde de la santé à leur rôle majeur d'acteurs de terrain ou de « vigies » en la matière.

## GLOSSAIRE

### A

ACBUS	Accord de Bon Usage des Soins
ACS	Aide pour l'acquisition d'une assurance complémentaire santé
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ALD	Affection de Longue Durée
AME	Aide Médicale de l'Etat
APS	Activité physique et sportive
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation (a rejoint l'ars)
ARLIN	Antenne de lutte contre les infections nosocomiales
ARS	Agence régionale de santé
ASPA	Association de surveillance de la pollution atmosphérique
ASV	Ateliers santé ville
AVC	Accident vasculaire cérébral

### B

BAL	Boite aux lettres
BCG	Vaccin bilité de Calmette et Guérin, vaccin contre la tuberculose

### C

CAAPS	Le projet Comportement Alimentaire des Adolescents – Le Pari Santé
CAPI	Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (ex. CRAMAM)
CCLIN-ARLIN	Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales
CDAG	Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit
CIDDIST	Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CIRDD	Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances
CIRE	Cellules de l'Institut de veille sanitaire en région
CLAT	Centres de lutte antituberculeuse
CLS	Contrats Locaux de Santé
CMEI	Conseillers Médicaux en Environnement Intérieur
CMR	Cancérogène, mutagène ou reprotoxique
CMU	Couverture maladie universelle
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNR	Centres nationaux de référence
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COD	Centre opérationnel départemental
COREVIH	Coordination régionale de lutte contre l'infection à VIH
CORRUSS	Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CRAMAM	Caisse régionale d'assurance maladie d'Alsace-Moselle
CRAV	Caisse régionale d'assurance vieillesse
CREAI	Centre Régional pour l'Enfance, l'Adolescence et les Adultes Handicapés et Inadaptés
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CUS	Communauté Urbaine de Strasbourg
CVAGS	Cellule de veille de gestion et d'alerte sanitaire

### D

DAM	Délégué d'assurance maladie
-----	-----------------------------

DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (a rejoint l'Ars et pour partie des services départementaux de l'Etat)
DDCS	Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DDCSPP	Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
DDI	Directions départementales interministérielles
DDT	Direction Départementale des Territoires
DGS	Direction Générale de la Santé
DIRECCTE	Direction Régionale des Entreprises de la Concurrence de la Consommation du Travail et de l'Emploi
DOSOMS	Direction de l'Offre de Soins et de l'Offre Medico-Sociale
DPC	Développement professionnel continu
DPPS	Direction de la protection et de la promotion de la santé
DRAAF	Direction régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (a rejoint l'Ars et pour partie des services départementaux de l'Etat)
DREAL	Direction Régionale de l'Environnement de l'Aménagement et du Logement
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports et de la Cohésion Sociale
<b>E</b>	
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EIG	Evénements indésirables graves
EOH	Equipes opérationnelles d'hygiène
EPC	Entérobactéries productrices de carbapénémases
ERG	Entérocoques résistants aux glycopeptides
ERP	Etablissements recevant du public
ETP	Education Thérapeutique du Patient
<b>F</b>	
FNPEIS	Fonds National de Prévention d'Education et d'Information Sanitaires
FSE	Feuilles de Soins Electronique
<b>G</b>	
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GDR	Gestion du Risque
GEA	Gastroentérites aiguës
GROG	Groupements régionaux d'observation de la grippe
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
<b>H</b>	
HFDS	Haut-fonctionnaire de défense
HPST	Hôpital Patients Santé Territoires (Loi HPST 2009-879 du 21/07/2009)
<b>I</b>	
IAS	Infections Associées aux Soins
INCA	Infections Associées aux Soins
INPES	Institut National de la Prévention et de l'Education pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRA	Infections respiratoires aiguës basses
IREPS	Institut Régional en Education et Promotion de la Santé
IST	Infection Sexuellement Transmissible (remplace les MST)
ITSS	Inégalités territoriales et sociales de santé
<b>L</b>	
LESP	Laboratoire d'Epidémiologie de Santé Publique
<b>M</b>	
MDO	Maladies à déclaration obligatoire

MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MET	Méningoencéphalite à tique
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la drogue et la toxicomanie
MNA	Mini nutritional assessment
MRDS	Mission régionale « défense et sécurité »
MSA	Mutualité sociale agricole
<b>N</b>	
NRBC	Nucléaire, Radiologique, Biologique et Chimique
<b>O</b>	
ORAGES	Outil de recueil, d'analyse et de gestion des événements sanitaires
ORSAL	Observatoire Régional de Santé Alsace
OSCOUR	Organisation de la surveillance coordonnée des urgences
<b>P</b>	
PCA	Plan de continuité d'activité
PDAHI	Plans départementaux accueil hébergement insertion
PDALPD	Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées
PGC	Prévention et gestion de crise
PMI	Protection maternelle infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNA	Programme National pour l'Alimentation
PNNS	Programme National de Nutrition et Santé
PO	Plan obésité
PPS	Prévention Promotion de la Santé
PRAGSUS	Plan régional alerte et gestion des situations d'urgence sanitaire
PRAPS	Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRGDR	Programme régional de gestion du risque
PRIPI	Programme Régional pour l'Intégration des Populations Immigrées
PRS	Projet régional de santé
PRSE	Programme régional santé environnement
PRSP	Plan Régional de Santé Publique
PRST	Plan régional de Santé au Travail
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
<b>R</b>	
RENACOQ	Réseau hospitalier de surveillance de la coqueluche
RETEX	Retour d'expérience
RLAM	Régime local d'assurance maladie
ROR	Répertoire Opérationnel des Ressources
RSI	Régime Social des Indépendants
RUCQ	Relations avec les usagers, contrôle et qualité
<b>S</b>	
SACS	Système d'alerte canicule santé
SCHS	Services communaux d'hygiène
SEP	Sclérose en plaques
SEV	Semaine européenne de la vaccination
SIDA	Syndrome d'immuno-déficience acquise
SRE	Santé et risques environnementaux
SROMS	Schéma régional d'organisation médico-sociale
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
SUMPS	Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé
SURSAUD	Surveillance sanitaire des urgences et des décès

T

TAR Tours aéro-réfrigérantes  
TPE Traitement post exposition  
TROD Test rapide d'orientation et de diagnostic

U

URMLA Union Régionale des Médecins Libéraux d'Alsace  
URPS Union régionale des Professionnels de santé  
UTEP Unités transversales d'éducation thérapeutique

V

VAGUSAN Volet Veille, Alerte et Gestion des Urgences sanitaires  
VGAS Veille et gestion des alertes sanitaires  
VHB Virus de l'hépatite B  
VHC Virus de l'hépatite C  
VIH Virus de l'immunodéficience humaine





## Contacts

### Agence régionale de santé d'Alsace

Cité administrative Gaujot

14, rue du Maréchal Juin

67 084 Strasbourg

Téléphone : 03 88 88 93 93

Courriel : [ars-alsace-direction@ars.sante.fr](mailto:ars-alsace-direction@ars.sante.fr)

[www.ars.alsace.sante.fr](http://www.ars.alsace.sante.fr)

Contact Projet régional de santé :

[ars-alsace-prs@ars.sante.fr](mailto:ars-alsace-prs@ars.sante.fr)

