

Le Plan Régional de Santé Publique de Franche-Comté

2006
2008



DIRECTION RÉGIONALE
DES AFFAIRES SANITAIRES
ET SOCIALES
DE FRANCHE-COMTÉ



→ Édito

La Loi relative à la politique de santé publique, promulguée le 9 août 2004, a retenu l'échelon régional comme le niveau pertinent pour l'adaptation et la mise en œuvre des politiques nationales de santé publique.

Cette loi a conçu trois nouveaux dispositifs articulés pour promouvoir cette politique : le Plan Régional de Santé Publique, qui vous est présenté ci-après, la Conférence régionale de santé, installée le 7 février 2006 et le Groupement régional de santé publique, groupement d'intérêt public qui aura vocation à mettre en œuvre ce plan et coordonner les financements publics.

La responsabilité de l'État est engagée dans la définition des grandes orientations de la politique nationale et régionale de santé publique. Mais ce document de référence n'a pu être élaboré que grâce à une mobilisation et un engagement exemplaires entre les partenaires institutionnels locaux, en particulier les services de l'État, les organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, l'Agence régionale de l'hospitalisation et les collectivités territoriales. Il a également bénéficié du concours de nombreux organismes associatifs, représentés notamment, dans notre région, au sein de la Maison régionale de santé publique.

La Conférence régionale de santé a émis un avis favorable au projet de PRSP qui lui a été présenté, soulignant en particulier la qualité de ce travail de préparation, garante d'une adhésion

des partenaires dans la mise en œuvre de ces orientations.

La prévention entre dans un continuum de santé qui se doit de prendre en compte également les soins de santé, la prise en charge médico-sociale ainsi que l'environnement social. C'est ainsi que le Plan Régional de Santé Publique servira de document de référence pour initier des actions couvrant l'ensemble du champ de la santé et établir les articulations nécessaires avec les autres exercices de planification régionaux ou locaux.

Le Plan Régional de Santé Publique a délibérément retenu deux principes fondamentaux qui sous-tendent l'ensemble des orientations retenues :

- réduire la mortalité et la morbidité évitables ;
- réduire les inégalités de santé.

C'est donc sur cette base qu'il conviendra à chaque acteur de développer et conduire les actions appropriées pour que la population franc-comtoise approche, autant que faire se peut, le « complet état de bien-être physique, mental et social » que promeut l'Organisation mondiale de la santé depuis soixante ans.

*Jean-Marc REBIERE
Préfet de la Région Franche-Comté
Préfet du Doubs
Officier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite*

→ Sommaire

- 10 Préambule
- 12 Bilan de l'état de santé en Franche-Comté

1

OBJECTIF STRATÉGIQUE N°1 *Promouvoir l'adoption de comportements individuels et collectifs favorables à la santé*

15

16 OBJECTIFS PRIORITAIRES

16 DÉTERMINANTS DE SANTÉ CONDUITES ADDICTIVES

Objectif 1.1 → Retarder l'expérimentation et diminuer la prévalence de l'usage de substances psychoactives chez les jeunes

Objectif 1.2 → Diminuer le nombre d'accidents de la route liés à l'usage de produits psychoactifs

NUTRITION

Objectif 1.3 → Faciliter l'accès des publics prioritaires cibles et des professionnels en charge de ces publics à une information de qualité labellisée par le PNNS

Objectif 1.4 → Rapprocher l'offre alimentaire, proposée en structure collective, des repères du PNNS

Objectif 1.5 → Encourager les Francs-Comtois à augmenter leur activité physique

20 MALADIES ET PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES CANCER

Objectif 1.6 → Diminuer l'incidence des mélanomes

21 MALADIES TRANSMISSIBLES LUTTE CONTRE L'INFECTION À VIH

Objectif 1.7 → Diminuer le nombre de nouvelles contaminations chez les jeunes vivant en Franche-Comté

PROMOTION DE LA VACCINATION

Objectif 1.8 → Améliorer le taux de couverture vaccinale de la population franc-comtoise

23 POPULATIONS SPÉCIFIQUES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER

Objectif 1.9 → Améliorer la santé de la mère et de son enfant en assurant la promotion de la santé au cours de la grossesse, en particulier par la prévention des addictions et des expositions nocives

PERSONNES ÂGÉES

Objectif 1.10 → Contribuer à améliorer l'état de santé des personnes âgées en vue de prévenir et retarder l'apparition de la dépendance et de son aggravation ; contribuer à la qualité de vie et au bien être physique et mental de la personne âgée

PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Objectif 1.11 → Renforcer et améliorer, sur l'ensemble du territoire régional, la prévention auprès des publics en situation de précarité afin de réduire leurs risques de développer des pathologies lourdes

26 PROGRAMME DE TRAVAIL COMPLÉMENTAIRE

26 MALADIES ET PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES

- **Santé mentale** : Faire connaître au grand public les principales pathologies relevant de la santé mentale
- **Santé mentale** : Améliorer la connaissance sur la prise en charge de l'anxiété et des troubles du sommeil
- **Hygiène bucco-dentaire** : Améliorer l'état de santé bucco-dentaire des Francs-Comtois

28 MALADIES TRANSMISSIBLES

- **Hépatite C** : Diminuer l'incidence de l'hépatite C
- **Infection à VIH** : Maintenir le taux d'incidence de l'infection à VIH en Franche-Comté à un niveau peu élevé

29 POPULATIONS SPÉCIFIQUES

- **Femmes en âge de procréer** : Diminuer le nombre de grossesses non désirées et d'IVG, notamment chez les mineures, en assurant une meilleure information sur les moyens de contraception et un meilleur accès à une contraception adaptée
- **Personnes handicapées** : Assurer des actions de prévention s'adressant directement aux personnes handicapées
- **Personnes handicapées** : Diminuer le nombre de personnes handicapées à la suite d'un accident de la route

2

OBJECTIF STRATÉGIQUE N°2 *Lutter contre les risques liés à l'environnement et au travail*

33

34 OBJECTIFS PRIORITAIRES

34 PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À L'HABITAT

Objectif 2.1 → Réduire l'exposition au radon dans les bâtiments et mieux évaluer le risque

Objectif 2.2 → Améliorer l'information sur la prévention de l'asthme et des allergies

36 PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À L'EAU ET AUX ALIMENTS

Objectif 2.3 → Diviser par deux d'ici 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées pour les paramètres microbiologiques et les pesticides

37 PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT EXTÉRIEUR

Objectif 2.4 → Prévenir l'exposition humaine aux légionelles

38 PRÉVENTION DES RISQUES EN MILIEU DU TRAVAIL

Objectif 2.5 → Réduire les expositions professionnelles aux agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques

Objectif 2.6 → Réduire le nombre de troubles musculo-squelettiques (TMS) liés au travail

Objectif 2.7 → Prévenir les risques spécifiques liés au milieu agricole

40 PROGRAMME DE TRAVAIL COMPLÉMENTAIRE

40 PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À L'HABITAT

- Réduire le nombre de personnes vivant en habitat indigne
- Réduire la mortalité par intoxication au monoxyde de carbone
- Améliorer la prévention du saturnisme infantile
- Améliorer la qualité des bâtiments recevant des enfants
- Réduire les niveaux de bruit dus aux infrastructures routières et ferroviaires

42 PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À L'EAU ET AUX ALIMENTS

■ Diviser par deux d'ici 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées pour les paramètres microbiologiques et les pesticides (objectifs complémentaires)

■ Diminuer le risque sanitaire dû à la baignade

44 PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT EXTÉRIEUR

■ Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : respecter les valeurs limites européennes 2008

44 PRÉVENTION DES RISQUES EN MILIEU DU TRAVAIL

- Réduire le nombre d'accidents routiers liés au travail
- Mieux prévenir les risques psychosociaux sur les lieux de travail

3

OBJECTIF STRATÉGIQUE N°3 *Permettre une prise en charge plus précoce des problèmes de santé en développant le dépistage et l'accès aux soins*

47

48 OBJECTIFS PRIORITAIRES

48 DÉTERMINANTS DE SANTÉ NUTRITION

Objectif 3.1 → Mieux dépister et mieux prendre en charge l'obésité de l'enfant et de l'adolescent

Objectif 3.2 → Mieux prévenir la dénutrition chez la personne âgée par des actions tenant compte de son état psychique et physique (notamment bucco-dentaire)

49 MALADIES ET PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES CANCER

Objectif 3.3 → Réduire le pourcentage de cancers du sein diagnostiqués à un stade avancé parmi les cancers dépistés

Objectif 3.4 → Améliorer le dépistage du cancer colo-rectal

SANTÉ MENTALE

Objectif 3.5 → Favoriser le repérage des troubles dépressifs chez la personne âgée dans le but d'améliorer la réponse aux besoins de prévention et de prise en charge

52 POPULATIONS SPÉCIFIQUES

POPULATION EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Objectif 3.6 → Faciliter et renforcer l'accès aux systèmes de santé pour les personnes en situation de précarité

54 PROGRAMME DE TRAVAIL COMPLÉMENTAIRE

54 DÉTERMINANTS DE SANTÉ

- **Conduites addictives** : Permettre une prise en charge plus précoce des jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives
- **Conduites addictives** : Aider à l'arrêt du tabac, notamment auprès des femmes enceintes

55 MALADIES ET PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES

- **Cancer** : Permettre la poursuite du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus pour les femmes du département du Doubs
- **Santé mentale** : Améliorer le repérage et la gestion de la crise suicidaire

57 MALADIES TRANSMISSIBLES

- **Hépatite C** : Améliorer le dépistage et la prise en charge des usagers de drogues atteints par l'hépatite C
- **Infection à VIH** : Réduire le nombre de personnes dépistées à un stade tardif

POPULATIONS SPÉCIFIQUES

- **Jeunes scolarisés** : Améliorer le suivi pour permettre l'accès aux soins des jeunes ayant une pathologie dépistée au cours d'examen de santé ou mal suivie et favoriser leur intégration scolaire
- **Femmes en âge de procréer** : Prendre en charge plus précocement les demandes d'IVG

4

OBJECTIF STRATÉGIQUE N°4

Diminuer la morbidité et améliorer la qualité de vie ainsi que l'accompagnement des personnes malades et handicapées

61

62 OBJECTIFS PRIORITAIRES

62 MALADIES ET PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES MALADIES CHRONIQUES

Objectif 4.1 → Améliorer la prise en charge et la qualité de vie des malades chroniques par le biais de l'éducation thérapeutique

Objectif 4.2 → Améliorer la qualité de vie des patients atteints d'une maladie chronique ou d'une maladie rare ou orpheline en Franche-Comté

64 POPULATIONS SPÉCIFIQUES PERSONNES ÂGÉES

Objectif 4.3 → Soutenir les aidants naturels accompagnant les personnes vieillissantes (quel que soit leur degré de dépendance ou handicap)

Objectif 4.4 → Accompagner la sortie d'hospitalisation et favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dans des conditions optimales

Objectif 4.5 → Améliorer le bien-être et l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes

66 PROGRAMME DE TRAVAIL COMPLÉMENTAIRE

66 MALADIES TRANSMISSIBLES

- **Hépatite C** : Favoriser le partenariat avec les associations d'usagers atteints par l'hépatite C
- **Infection à VIH** : Améliorer la qualité de vie et de prise en charge des personnes atteintes par le VIH

67 POPULATIONS SPÉCIFIQUES

■ **Jeunes malades chroniques ou handicapés scolarisés** : Améliorer la prise en charge et l'intégration à l'école de tous les enfants et adolescents avec des maladies chroniques ou un handicap, ayant des besoins spécifiques

■ **Personnes handicapées** : Accompagner et soutenir les personnes handicapées, leurs proches et les professionnels

5

OBJECTIF STRATÉGIQUE N°5 *Développer des outils en santé publique*

69

70 OBJECTIFS PRIORITAIRES

Objectif 5.1 → Élaborer un programme régional d'études et de statistiques en santé publique

Objectif 5.2 → Améliorer la qualité des interventions en éducation pour la santé en renforçant le soutien aux acteurs par la mise en place d'un pôle régional de compétences

Objectif 5.3 → Améliorer la formation en santé publique en Franche-Comté

Objectif 5.4 → Renforcer le partenariat entre les administrations de la santé et de l'éducation

Objectif 5.5 → Favoriser le développement de la Maison Régionale de Santé Publique

74 PROGRAMME DE TRAVAIL COMPLÉMENTAIRE

■ **Observation de la santé** : Mieux connaître l'état de santé de la population

■ **Education pour la santé** : Elaborer une culture commune en éducation pour la santé en Franche-Comté entre les acteurs, les décideurs et les usagers

■ **Education pour la santé** : Renforcer l'égalité d'accès géographique à l'éducation pour la santé

6

OBJECTIF STRATÉGIQUE N°6 *Alerte et gestion des situations d'urgence sanitaire*

77

Objectif 6.1 → Améliorer la sensibilité du système de surveillance

Objectif 6.2 → Améliorer les réceptions et analyses des signaux générés par les systèmes d'alerte

Objectif 6.3 → Améliorer le dispositif de gestion des situations d'urgence sanitaire au sein de la région

ANNEXES

81

82 ANNEXE 1 → Plans et programmes nationaux et régionaux de référence

83 ANNEXE 2 → Arrêté du Préfet de Région approuvant le Plan Régional de Santé Publique de Franche-Comté

84 ANNEXE 3 → Glossaire

→ Préambule

La Loi du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique confirme le niveau régional comme l'échelon territorial d'adaptation et de mise en œuvre des politiques de santé publique. Le niveau national définit pour sa part les grands plans stratégiques et les objectifs nationaux de santé publique.

Le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) est un document de référence pour chaque partenaire du système de santé. Il recense et met en cohérence l'ensemble des dispositifs, des programmes que les divers départements ministériels de l'État au niveau régional, les régimes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire et les différents niveaux de collectivités locales mettent en œuvre pour optimiser les conditions d'un bon état de santé de la population sur le territoire de la Franche-Comté.

L'État impulse et coordonne, ne disposant pas de la totalité des moyens nécessaires pour mener seul la politique de santé publique. En effet, la définition et la mise en œuvre des actions de santé publique nécessitent une mobilisation de l'ensemble des acteurs : associations, partenaires institutionnels, collectivités locales, partenaires sociaux...

L'État reste néanmoins auprès de la population le garant de la solidarité et de l'égalité d'accès à la prévention et à l'éducation pour la santé.

La méthode d'élaboration du PRSP

Le préalable à l'élaboration du PRSP est l'observation, la mesure et l'évaluation de l'état de santé de la population régionale.

Ces indicateurs, collectés et analysés par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) dans le cadre d'une plate-forme régionale d'observation en santé, ont été présentés lors de la Consultation régionale en santé du 15 décembre 2004. Ils sont disponibles sur CD-Rom. Ils constituent la première partie du PRSP 1^{re} version.

Dans l'état actuel de nos connaissances, aucun indicateur sur l'état de santé de la population franc-comtoise ne se distingue nettement de la situation nationale, ce qui aurait pu justifier la mise en œuvre d'une politique spécifique de santé publique. Cependant, l'analyse fine des données permet d'identifier quelques particularités à prendre en compte, que ce soit au niveau régional ou infra-régional.

Suite à ce premier diagnostic, un comité de pilotage composé de la DRASS, l'ARH, l'URCAM, les 4 DDASS (Doubs, Jura, Haute-Saône, Territoire de Belfort), la Direction Régionale de l'Agriculture et de la Forêt, la Direction Régionale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, la Direction Régionale

des Services Pénitentiaires, le Rectorat, la Direction Régionale de l'Équipement, la Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement, la Direction Régionale de l'Environnement, la Mutualité Sociale Agricole, l'Observatoire Régional de la Santé et le Conseil Régional a été constitué pour proposer des priorités à décliner dans le PRSP.

Au préalable un questionnaire avait été envoyé à l'ensemble des partenaires pour recenser les priorités dans lesquelles ils souhaiteraient s'investir.

Les objectifs stratégiques ont donc été retenus à partir des indicateurs disponibles, des grands axes nationaux (plans stratégiques), des spécificités identifiables dans l'état de santé en Franche-Comté et des mobilisations déjà présentes au plan régional.

Le contenu du PRSP

Il découle des travaux du Comité de Pilotage et des différents groupes de travail constitués. Il affiche deux buts généraux :

- réduire la mortalité et la morbidité évitables ;
- réduire les inégalités de santé.

Par ailleurs, il est constitué de deux parties, qui ont vocation à **constituer ensemble le Plan Régional de Santé Publique**.

La première partie se décline autour de six objectifs stratégiques. Le comité de pilotage a privilégié un classement des priorités de santé publique de manière transversale plutôt qu'une succession des différents programmes et des schémas régionaux déjà arrêtés.

Le PRSP décline néanmoins au niveau régional les trois plans stratégiques nationaux finalisés, à savoir, le Plan national de lutte contre le cancer, le Plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement et le Plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares.

Il prend en compte les orientations du Plan santé au travail et leur déclinaison régionale.

Il intégrera également, lorsqu'ils seront adoptés, le Plan national de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques et le Plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risques et des conduites addictives.

Il intègre également les priorités du Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et du Schéma régional d'éducation pour la santé.

Il comprend également un Plan d'actions relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire.

Ces objectifs stratégiques prioritaires se déclinent de la façon suivante :

- Objectif stratégique n°1 :
Promouvoir l'adoption de comportements individuels favorables à la santé.
- Objectif stratégique n°2 :
Lutter contre les risques liés à l'environnement et au travail.
- Objectif stratégique n°3 :
Permettre une prise en charge plus précoce des problèmes de santé en développant le dépistage et l'accès aux soins.
- Objectif stratégique n°4 :
Diminuer la morbidité et améliorer la qualité de vie ainsi que l'accompagnement des personnes malades et handicapées.
- Objectif stratégique n°5 :
Développer des outils en santé publique.
- Objectif stratégique n°6 :
Élaborer un plan d'actions relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire.

Afin de ne pas mettre en péril les actions de santé publique déjà existantes, le PRSP comprend également **une deuxième partie** recensant les objectifs à renforcer, à construire ou à poursuivre hors des priorités ci-dessus développées.

Cette seconde partie, identifiée comme **programme de travail complémentaire** figure à la suite de chacun des objectifs stratégiques prioritaires.

Ce programme de travail complémentaire permettra :

- d'une part de disposer d'un véritable tableau de bord de l'ensemble des actions existantes dans la région et contribuant aux buts généraux affichés par le PRSP ;
- et d'autre part de renforcer la cohérence entre les institutions et les financeurs dans le cadre d'un partenariat respectant les spécificités de chacun tout en promouvant une plus grande efficacité et efficience des efforts entrepris.

Ce second document offrira une base de travail au GRSP, dans le cadre de la mise en œuvre et du suivi du PRSP.

Le PRSP dans la stratégie régionale en santé

Le Plan Régional de Santé Publique s'élabore et se concrétisera dans un environnement où les préoccupations de santé sont déjà présentes. C'est pourquoi un effort tout particulier a été produit pour que cet exercice soit fortement articulé :

- avec **le Projet d'Action Stratégique de l'État en Région** (PASER) qui constitue le socle des interventions de l'État dans la région Franche-Comté, en retenant 4 axes et 16 actions prioritaires ;
- avec **le Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire** (SROS) dit de 3^e génération. Certaines problématiques seront ainsi traitées de manière complémentaire entre le PRSP et le SROS (alcool ; éducation sanitaire et éducation thérapeutique ; prévention et prise en charge des problèmes des personnes âgées ; cancers...) ;
- avec **le Programme Régional Commun de l'Assurance Maladie** (PRCAM) et en lien avec l'ensemble des Caisses d'Assurance Maladie et la Direction Régionale du Service Médical. Ainsi, certains points du PRCAM qui traitent spécifiquement de la prévention ont été repris et intégrés dans le cadre du PRSP (vaccinations ; préservation de l'autonomie des personnes âgées...) ;
- avec **le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie** (PRIAC) qui a pour objectif l'adaptation et l'évolution de l'offre d'accompagnement médico-social au sein de la région, en relation étroite avec les schémas départementaux conduits sous la responsabilité des conseils généraux ;
- avec enfin, **les préoccupations des collectivités locales ou d'autres partenaires habituels**, comme la Mutualité Française, qui doivent pouvoir se reconnaître, dans les actions spécifiques qu'elles mènent, au niveau de l'un ou l'autre des deux parties présentées ici.

Un projet de PRSP a été présenté le 7 février 2006 à la Conférence Régionale de Santé de Franche-Comté qui a émis un avis favorable à l'unanimité. Le PRSP a été arrêté par le Préfet de Région le 14 avril 2006.

Ce plan est élaboré pour trois ans (2006-2008) mais sera revu à la fin de la première année, afin d'adapter et de conduire de façon optimale cet exercice nouveau en relation étroite avec la Conférence Régionale de Santé.

→ Bilan de l'état de santé en Franche-Comté

Au 1^{er} janvier 2004, la population de Franche-Comté était estimée à 1 133 000 habitants, soit 1,9 % de la population française. La région est peu densément peuplée (70 habitants / km² – 109 en France). Les agglomérations de Belfort, Montbéliard, Besançon et Dole forment le principal axe de peuplement de la région (60 % des Francs-Comtois). La Franche-Comté reste la région la plus industrielle de France avec 30 % d'actifs employés dans ce secteur (25 % en France). Alors que certaines zones présentent un caractère particulièrement industriel (celles de Belfort et Montbéliard notamment), d'autres sont au contraire rurales et peu peuplées (zones d'emploi du Revermont et de Champagnole). La région est à dominante rurale : 58 % des Francs-Comtois habitent une commune urbaine contre 74 % des Français.

Un contexte démographique proche de celui de la France

Le nombre de naissances se maintient à 14 000 comme en 2000 tandis que le nombre de décès, en légère augmentation, est de 10 150.

Le nombre moyen d'enfants par femme a progressé et reste légèrement supérieur à la moyenne nationale : 1,90 enfants par femme pour la région, 1,88 pour la France. L'espérance de vie régionale à la naissance est identique à celle du territoire national : un garçon né en 2002 peut espérer vivre jusqu'à 76 ans et une fille jusqu'à 83 ans. Comme au niveau national, la Franche-Comté vieillit : 16,4 % de la population a 65 ans ou plus en 2004. D'ici 2008, les personnes de plus de 50 ans seront beaucoup plus nombreuses : en 1999, la part des personnes de plus de 60 ans était de 1 sur 5 ; elle passera à 1 sur 3 en 2008. Selon l'Insee, la part des Francs-Comtois âgés de 65 ans ou plus devrait être de 27 % en 2030 (contre 25% de Français de 65 ans ou plus).

La mortalité

Une mortalité générale comparable à la moyenne française

Dans la région comme au niveau national, la mortalité générale a régulièrement diminué entre 1988 et 2000 (-1,7 % en moyenne par an en Franche-Comté). En Haute-Saône, le taux de mortalité est toutefois supérieur au taux français. À l'inverse, on constate une sous-mortalité par rapport à la moyenne française dans le Doubs.

Les principales causes de mortalité en Franche-Comté sont comparables à celles de la France : maladies de l'appareil circulatoire (32 %), tumeurs (27 %), causes extérieures de traumatisme et empoisonnement (9 %), et maladies de l'appareil respiratoire (9 %). Les femmes sont plus fréquemment affectées par les maladies de l'appareil circulatoire (maladies vasculaires cérébra-

les, insuffisances cardiaques), tandis que les tumeurs, et notamment les cancers du poumon, touchent avant tout les hommes.

Une mortalité infantile considérablement réduite

Les taux de mortalité infantile de la région, supérieurs aux taux nationaux pendant plusieurs années, sont désormais équivalents à la moyenne nationale. Ainsi, la mortalité infantile est passée de 20 pour 1 000 en 1970, à 8 pour 1 000 en 1989 et enfin à 4 pour 1 000 en 2003.

Avant 65 ans, la mortalité est moindre qu'en France

Chaque année, environ 2 000 personnes de moins de 65 ans décèdent en Franche-Comté, soit 20 % de l'ensemble des décès. Ces décès prématurés sont proportionnellement plus fréquents chez les hommes (2,5 fois) que chez les femmes.

La mortalité prématurée en Franche-Comté est moins importante qu'en France ; une sous-mortalité de 4 % est enregistrée pour la période 1998-2000.

Les grands problèmes de santé

Le cancer est la première cause de mortalité chez les hommes et la deuxième chez les femmes après les maladies cardio-vasculaires. Avec 5 000 nouvelles personnes atteintes de cancer chaque année en Franche-Comté, on constate une augmentation de 61 % du nombre de cas déclarés en 20 ans. Cette évolution résulte de l'augmentation de l'incidence de certains cancers mais également de l'accroissement et du vieillissement de la population et de l'amélioration du dépistage et du diagnostic.

Les principales localisations des tumeurs masculines comme féminines sont semblables en France et dans la région. Ainsi, les cancers du sein et du côlon-rectum regroupent la moitié des nouveaux cas de cancers féminins (49 %). Chez les hommes, les cancers de la prostate, du poumon et du côlon-rectum représentent la moitié des nouveaux cas de cancers (53 %).

Près de 1 500 décès liés au tabac chaque année en Franche-Comté

Plus encore que l'alcool, le tabac constitue une cause notable de mortalité prématurée. À ce titre, les cancers du poumon sont la première cause de décès par tumeur avant 65 ans chez les hommes.

Le taux de mortalité par cancer du poumon a fortement augmenté entre 1980 et 1999 chez les femmes de la région. Même si les taux observés chez les hommes restent très supérieurs à ceux des femmes, l'augmentation chez ces dernières est préoccupante (multiplication du taux de mortalité par 2,9 chez les femmes contre 1,1 chez les hommes ; soit un passage de 3,5 à 10,1 décès pour 100 000 femmes et de 65 à 71 décès pour 100 000 hommes). Enfin, on constate des variations significatives d'un département à l'autre : dans le

Territoire de Belfort, le taux de mortalité est nettement plus élevé que dans les autres départements de la région, notamment chez les hommes (en 1999, on notait 95 décès pour 100 000 hommes pour le Territoire de Belfort contre 71 décès pour 100 000 hommes en moyenne en Franche-Comté).

D'autre part, la proportion de cas de bronchites chroniques est semblable sur le territoire national et dans la région. Cependant, dans le Territoire de Belfort, les hommes présentent une surmortalité de +46 % par rapport à la France (soit, en 1999, 54 décès pour 100 000 hommes pour le Territoire de Belfort contre 40 décès pour 100 000 hommes en Franche-Comté et 37 en France).

Les maladies cardio-vasculaires : première cause de mortalité

Comme au niveau national, tous sexes confondus, les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de mortalité en Franche-Comté avec plus de 3 000 décès en 2000.

Concernant les cardiopathies ischémiques¹, les Francs-Comtois présentent une sous-mortalité (-6 %) par rapport à la France.

Trois causes principales de morts violentes : accidents de la vie courante, suicides et accidents de la circulation

En 2000, on a compté 9 % de décès par morts violentes en Franche-Comté (environ 850 / an). Ce type de décès constitue la deuxième cause de mortalité prématurée (22 % des décès avant 65 ans).

Il inclut notamment les accidents de la vie courante (en moyenne 4,5 % de l'ensemble des décès sur la période 1999-2001), les suicides (2,4 %) et les accidents de la circulation (1,8 %).

Le taux régional de mortalité par suicide est proche du taux moyen français (235 décès / an en moyenne entre 1999 et 2001 dans la région) et suit une évolution à la baisse. Par ailleurs, les tentatives de suicide répertoriées dans la région concernent en majorité les femmes et les personnes de 15 à 44 ans.

Concernant les accidents de la circulation, en 2004, le nombre de tués s'élevait à 134 et le nombre de blessés graves à 370 dans la région. Comme à l'échelle nationale, ces chiffres suivent une tendance à la baisse depuis 1999. En 2004, l'évolution du nombre de tués était équivalente dans la région et en France (-8,8 %).

Les taux de tués par million d'habitant de la Haute-Saône (157) et du Jura (139) sont supérieurs à la moyenne franc-comtoise (120) et surtout au taux national (89).

Alcool : près de 400 décès chaque année

Les trois pathologies principalement attribuables à une consommation excessive d'alcool sont les cirrhoses

du foie (127 décès / an), les cancers des voies aéro-digestives supérieures (195 décès / an) ainsi que les psychoses alcooliques (55 décès / an). Elles sont à l'origine de six fois plus de décès masculins que de décès féminins.

Les autres décès dus à l'alcool sont observés lors des accidents de la circulation. Selon la sécurité routière, l'alcoolémie est en cause dans 31 % des accidents mortels et 13,5 % des accidents non mortels.

Le diabète : une augmentation due à la sédentarité, à l'augmentation de l'obésité et au vieillissement

On a compté 540 décès liés au diabète en Franche-Comté. Le taux de mortalité par diabète² est de 48 décès pour 100 000 habitants pour la période 1997-1999. Ce taux est supérieur de 11 % à la moyenne nationale (43 / 100 000 hab.). La mortalité est plus élevée chez les hommes, mais ce sont les taux féminins qui s'écartent le plus de la moyenne nationale, respectivement +18 % pour les femmes et +3 % pour les hommes.

La mortalité a fortement augmenté entre les périodes 1991-1993 et 1997-1999 (+19 % en région, +21 % en France).

Une région peu touchée par les maladies infectieuses

La Franche-Comté fait partie des régions françaises peu touchées, à la fois par le sida et la tuberculose.

Le nombre de découvertes de séropositivité VIH notifiées en 2003 et 2004 chez les habitants de Franche-Comté est de 49, soit un taux de 43,9 par million d'habitants (90,8 en France métropolitaine). Au 31 décembre 2004, 325 cas de sida ont été déclarés chez des Francs-Comtois depuis l'apparition de la maladie.

Le taux d'incidence de la tuberculose déclarée en Franche-Comté est de 6,1 pour 100 000 habitants (10,2 pour 100 000 habitants en France métropolitaine).

¹ essentiellement les infarctus

² à structure par âge comparable

PROMOUVOIR
L'ADOPTION
DE COMPORTEMENTS
INDIVIDUELS
ET COLLECTIFS
FAVORABLES
À LA SANTÉ

OBJECTIF STRATÉGIQUE N°

1

▣ Objectifs
prioritaires
p. 16

▣ Programme
de travail
complémentaire
p. 26

1 PROMOUVOIR L'ADOPTION DE COMPORTEMENTS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS FAVORABLES À LA SANTÉ

Objectifs
prioritaires

DÉTERMINANTS DE SANTÉ

→ CONDUITES ADDICTIVES

Objectif 1.1

Retarder l'expérimentation et diminuer la prévalence de l'usage de substances psycho-actives chez les jeunes.

■ Préparer un programme structuré d'éducation à la santé relatif à la prévention des conduites addictives auprès des élèves et le mettre en place sous forme de séances annuelles intégrées dans leur emploi du temps portant sur le tabac (CM2 et/ou 6^e), l'alcool (5^e et/ou 4^e) et le cannabis (3^e et/ou seconde).

■ Renforcer l'application des limitations à la consommation de tabac en milieu scolaire.

1.1

Argumentaire

Les usages de produits psychoactifs en Franche-Comté sont le plus souvent comparables à la moyenne nationale :

► **Alcool : la consommation quotidienne d'alcool des jeunes Franchs-Comtois est dans la moyenne nationale, mais les conduites d'ivresses semblent plus fréquentes en Franche-Comté**

La consommation d'alcool régulière (au moins dix fois par mois) des jeunes Franchs-Comtois de 17 ans en 2002-2003 est dans la moyenne nationale (18 % des garçons et 8 % des filles).

Source : Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français. OFDT.

Les conduites d'ivresse des jeunes Franchs-Comtois de 17 ans sont dans la moyenne nationale (50 % ont été ivres au moins une fois dans l'année contre 45 % au niveau national). Source : Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français 2002-2003. OFDT.

Par contre, la Franche-Comté est la deuxième région de France pour la prévalence de l'ivresse au cours des douze derniers mois parmi les buveurs de 12 à 75 ans (21,1 % pour 14 % au niveau national) et elle est la 4^e région pour le taux d'interpellation pour ivresse sur la voie publique en 2002 (23,6 pour 10 000 habitants de 20 à 70 ans, alors qu'il est de 17,6 au niveau national), en particulier dans le Territoire de Belfort (59) et dans le Doubs (20,2).

Sources : Baromètre santé 2000 et OFDT- ILIAD.

► **Tabac : une consommation similaire à celle du reste du pays chez les jeunes Franchs-Comtois**

En 2002-2003, la prévalence de l'usage quotidien de tabac à 17 ans des Franchs-Comtois est dans la moyenne nationale (39 % ont un usage quotidien en Franche-Comté, 40 % en France).

Source : Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français. OFDT.

Le taux standardisé régional d'incidence du cancer du poumon chez les hommes (79,9 pour 100 000 hommes) est supérieur à celui de la France (74,7). Pour les femmes, le taux standardisé d'incidence régional (11,8 pour 100 000 femmes) est comparable à celui de la France (12,1). Les taux de mortalité par cancer du poumon en Franche-Comté chez les hommes comme chez les femmes sont comparables à ceux de la France.

Cependant, une surmortalité masculine est observée dans le Territoire de Belfort. Elle mérite d'être étudiée afin d'explorer différents facteurs explicatifs.

Entre 1980 et 1999, l'augmentation significative de 190 % de la mortalité féminine par cancer du poumon, observée en Franche-Comté, est plus élevée que celle de 85 % observée en France.

Source : *Épidémiologie du cancer en Franche-Comté : incidence et mortalité de 1980 à 2000. Registre des tumeurs du Doubs, ORS de Franche-Comté, Septembre 2004.*

► Cannabis : une consommation comparable à la moyenne nationale

En 2002-2003, les usages de cannabis chez les jeunes Franchs-Comtois de 17 ans sont comparables à ceux du reste de la France (32 % en ont consommé au cours du mois et 33 % en France). Source : *Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français. OFDT.*

Une enquête dans le Doubs montre que l'âge moyen d'initiation au cannabis est de 15 ans. 40 % des adolescents enquêtés en ont consommé au moins une fois. Ce pourcentage est le même en lycée ou en ZEP. Il est plus important pour les catégories socioprofessionnelles les plus élevées. 18 % ont consommé du cannabis dix fois ou plus au cours des douze derniers mois.

Source : « La consommation de produits psycho-actifs dans cinq lycées du Doubs » ORS Franche-Comté 2001.

► Autres produits psycho-actifs : des expérimentations proches de la moyenne

Les expérimentations de produits psycho-actifs illicites ou détournés des jeunes Franchs-Comtois de 17 ans sont semblables à celles observées dans les autres régions. La région ne se distingue que par un niveau supérieur d'expérimentation de l'ecstasy (2^e région française) notamment parmi les filles, et un niveau plus élevé pour l'héroïne parmi les garçons.

Source : *Atlas régional des consommations de produits psycho-actifs des jeunes Français 2005. OFDT.*

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Les objectifs de la Loi relative à la politique de santé publique concernant l'alcool et le tabac sont :

- objectif 1 : diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20 % ;
- objectif 2 : abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25 % chez les hommes et de 26 à 20 % chez les femmes d'ici à 2008 (en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence) ;
- objectif 3 : réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance ;

- objectif 4 : réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisirs et l'environnement professionnel.

Un des objectifs du Plan national de lutte contre le cancer est de mettre en place une stratégie complète de lutte contre le tabagisme, en particulier auprès des jeunes.

La prévention des conduites addictives chez les jeunes est un axe prioritaire du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (MILDT).

Au niveau régional, les mesures de lutte contre le tabac ont été déclinées dans le cadre de l'élaboration du plan cancer régional « la Franche-Comté face au cancer ».

Le Plan de la MILDT est en cours de déclinaison dans chacun des départements de Franche-Comté, avec notamment des priorités concernant le rôle des parents dans la prévention et la formation des intervenants.

La prévention du tabagisme et des autres conduites addictives est également un des axes du contrat de partenariat Rectorat-DRASS signé le 8 juin 2004 et du projet santé en annexe du projet académique 2005-2009.

La prise en charge des addictions est intégrée dans le SROS en cours d'élaboration (alcool, addictologie, sevrage tabagique).

Un dispositif médico-social (CCAA et CSST) et un réseau de santé en addictologie/toxicomanie existent dans chacun des départements. Un réseau régional de santé « alcool » est prévu dans le cadre du volet alcool du SROS.

Textes de référence

► Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectifs n° 1, 2, 3, 4

► Plan national de lutte contre le cancer 2003-2007 : mesures 6 et 18

► Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004 - 2008 (MILDT)

► Programme quinquennal de prévention et d'éducation de l'Éducation Nationale 2003

► Contrat de partenariat Rectorat DRASS de Franche-Comté

→ INDICATEURS

Nombre de classes de CM2 et/ou de 6^e ayant bénéficié d'une information sur le tabac / nombre total de classes de CM2 et/ou de 6^e

Nombre de classes de 5^e et/ou de 4^e ayant bénéficié d'une information sur l'alcool / nombre total de classes de 5^e et/ou de 4^e

Nombre de classes de 3^e et/ou de seconde ayant bénéficié d'une information sur le cannabis / nombre total de classes de 3^e et/ou de seconde

Nombre de nouveaux lycées sans tabac / an.

1

PROMOUVOIR
L'ADOPTION DE
COMPORTEMENTS
INDIVIDUELS
ET COLLECTIFS
FAVORABLES
À LA SANTÉ

Objectifs
prioritaires

Objectif 1.2

Diminuer le nombre d'accidents de la route liés à l'usage de produits psychoactifs.

■ Sensibiliser le public jeune aux risques d'accident de la circulation liés à la consommation de substances psychoactives, dont l'alcool, en intervenant en milieu festif (dans les bars à musique, les cafés...)

Argumentaire

La Franche-Comté est particulièrement touchée par les accidents liés à l'alcool : en 2003, la présence d'alcool en cas d'accident est plus élevée en Franche-Comté (21,6 %) qu'en France (18,7 %). Pour la période 1999-2003, cette différence est particulièrement importante pour les nuits du week-end (l'alcool est présent dans 38,8 % des accidents corporels ce qui correspond à 10 points de plus que la moyenne nationale). En Haute-Saône et dans le Territoire de Belfort, il y a respectivement 1,3 et 1,2 fois plus de victimes graves dans les accidents avec alcool, qu'au niveau national.

Source : Observatoire national interministériel de la sécurité routière.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

La lutte contre l'insécurité routière est un des trois grands chantiers quinquennaux définis par le Président de la République en juillet 2002.

Un des objectifs du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 (plan MILDT) est de diminuer de 30 % la proportion d'accidents corporels ou mortels de la circulation routière impliquant un conducteur avec une alcoolémie supérieure au taux légal autorisé.

Un document général d'orientation en sécurité routière a été élaboré dans chacun des départements. La lutte

contre le risque alcool au volant fait partie de leurs enjeux prioritaires.

Au niveau régional, l'objectif est de sensibiliser les jeunes de 18 à 24 ans, dans les lieux publics où une consommation excessive d'alcool ou d'autres substances psychoactives entraîne un risque élevé d'accident de la route. Ces interventions pourront porter notamment sur la distribution d'éthylotests ou la promotion des boissons non alcoolisées.

Deux objectifs complémentaires de ce PRSP s'inscrivent également dans le cadre de la lutte contre l'insécurité routière :

- diminuer le nombre de personnes handicapées suite à un accident de la route ;
- réduire le nombre d'accidents routiers liés au travail.

Textes de référence

► Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004 - 2008 (MILDT)

► Documents généraux d'orientation en sécurité routière départementaux

→ INDICATEURS

Nombre d'accidents de la route par département liés à la consommation de substances psychoactives (selon la gravité, la classe d'âge, le moment de l'accident)

Nombre d'actions assurées dans les établissements (discothèques, bars à musique, cafés...)

Nombre d'établissements ayant bénéficié d'une intervention

Nombre d'éthylotests distribués.

→ NUTRITION

Objectif 1.3

Faciliter l'accès des publics prioritaires cibles (enfants/adolescents, personnes en situation de précarité et personnes âgées) et des professionnels en charge de ces publics à une information de qualité labellisée par le Programme National Nutrition Santé (PNNS).

■ Structurer et coordonner l'action d'information et de documentation des acteurs régionaux majeurs (institutionnels et associatifs), vecteurs de messages dans le domaine de l'alimentation.

■ Former des professionnels de l'éducatif, du social et du soin à l'éducation nutritionnelle.

■ Former les bénévoles des structures caritatives de distribution alimentaire à la promotion d'une alimentation favorable à la santé, plaisante et accessible et vectrice de lien social.

■ Organiser la communication en direction du grand public et des professionnels sur l'existence de cette préoccupation régionale.

■ Sensibiliser les intervenants au domicile des personnes âgées à une alimentation adaptée à leurs besoins.

1.4

Objectif 1.4**Rapprocher l'offre alimentaire, proposée en structure collective (établissements scolaires, établissements de soins, dispositifs de garde d'enfants), des repères du PNNS.**

- Sensibiliser les professionnels des écoles maternelles et primaires et de la petite enfance aux repas intermédiaires (maintien, aménagement ou suppression) et plus généralement à l'alimentation normale de l'enfant.
- Optimiser la restauration collective (scolaire, hospitalière, des collectivités locales).
- Sensibiliser les élus locaux et décideurs en matière de restauration collective aux enjeux du choix d'une restauration en gestion directe.

1.5

Objectif 1.5**Encourager les Francs-Comtois à augmenter leur activité physique.**

- Inciter les principales villes de la région à se réapproprier la dynamique « ville active du PNNS » et à ajouter, dans leur communication, la dimension santé à des événements sportifs populaires ou à des initiatives déjà existants.
- Sensibiliser les professeurs d'écoles et les professeurs de collèges et lycées à la dimension santé de l'activité physique.
- Valoriser les conseils du PNNS (alimentation et activité physique) auprès des jeunes fréquentant les lycées agricoles.
- Inciter les associations sportives régionales à mettre en valeur la dimension santé dans leurs manifestations grand public.

Argumentaire

Associés à une activité physique régulière, l'équilibre nutritionnel et une consommation variée avec une répartition satisfaisante des quantités ingérées permettent, par la consommation régulière d'aliments et de plats largement disponibles en France, de préserver un bon état de santé et la qualité de vie (PNNS 2001). Il est parfaitement établi que l'alimentation participe de façon essentielle au développement et à l'expression clinique des maladies qui sont les plus répandues en France et donc en Franche Comté : les maladies cardiovasculaires, les tumeurs malignes, l'obésité, l'ostéoporose, le diabète. Si la Franche-Comté est moins touchée par l'obésité infantile que les autres régions, il n'en reste pas moins que :

Les taux comparatifs d'obésité montrent que le taux d'obésité (IMC > 30) est de 9,1 % chez les hommes de 25 à 59 ans non précaires et de 11,6 % chez ceux qui sont précaires, ils sont de 19,3 % chez ceux de plus de 60 ans. Pour les femmes, ces taux sont de 11,7 % chez celles de 25 à 59 ans non précaires et de 23,4 % chez celles qui sont précaires. Ces taux sont de 23,5 % chez celles de plus de 60 ans.

Source : Géographie de la santé dans les centres d'examen de santé : données régionales 2002-2003 CNAMTS CETAF.

Le taux d'obèses standardisé par âge des adultes de 20 à 64 ans en Franche-Comté est un peu plus élevé que la moyenne nationale.

Source : Enquête Santé INSEE 2003.

Sédentarité

La sédentarité en Franche-Comté est dans la moyenne nationale sauf pour les femmes de plus de soixante ans qui ont un taux de sédentarité élevé.

Source : Géographie de la santé dans les centres d'examen de santé : données régionales 2001 CNAMTS CETAF.

Dénutrition chez les personnes âgées

Au niveau national, le nombre de personnes dénutries âgées de plus de 70 ans est estimé entre 350 000 à 500 000 pour celles vivant à domicile et entre 100 000 à 200 000 pour celles vivant en institution.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Cet objectif régional s'inscrit dans différents textes et programmes nationaux, déclinés au niveau régional :

- la Loi relative à la politique de santé publique : objectifs 5, 9, 10, 12, relatifs à la nutrition et à l'activité physique ainsi que l'objectif 98 relatif à la dénutrition du sujet âgé ;
- le Plan cancer : mesure 19 relative au développement, dans le cadre du PNNS, des actions de promotion de l'hygiène alimentaire et sa déclinaison régionale ;
- le Programme National Nutrition Santé (PNNS 2001-2005) et sa déclinaison régionale (PNNS FC 2003-2005) ;
- le Programme quinquennal de prévention et d'éducation de l'Éducation Nationale et le contrat de partenariat en santé publique Rectorat / DRASS du 8 juin 2004.

Textes de référence

- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectifs n° 5, 9, 10, 12 et 98
- Plan national de lutte contre le cancer 2003 - 2007 : mesure 19
- Programme national nutrition santé 2001-2005 et sa déclinaison régionale 2003-2005
- Programme quinquennal de prévention et d'éducation de l'Éducation Nationale 2003
- Contrat de partenariat Rectorat DRASS de Franche-Comté 2004
- Programme régional commun de l'assurance maladie

→ INDICATEURS

Proportion de personnes faisant par jour l'équivalent d'au moins 30 minutes d'activité physique d'intensité modérée au moins cinq fois par semaine
Prévalence des petits consommateurs de fruits et légumes
Prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants.

1

PROMOUVOIR
L'ADOPTION DE
COMPORTEMENTS
INDIVIDUELS
ET COLLECTIFS
FAVORABLES
À LA SANTÉ

Objectifs
prioritaires

Objectif 1.6**Diminuer l'incidence des mélanomes.**

- Informer sur le risque lié à l'exposition solaire des petits enfants par le biais des professionnels de l'Éducation Nationale.
- Sensibiliser certains professionnels au dépistage précoce du mélanome.

Argumentaire

Les axes des volets prévention du plan national de lutte contre le cancer et de sa déclinaison régionale sont de :

- mieux connaître l'évolution de la maladie. Cet axe est intégré dans l'objectif stratégique n° 5 du Plan Régional de Santé Publique de Franche-Comté : objectif 5.1 « élaborer un programme régional d'études et de statistiques en santé publique » ;
- mettre en place une stratégie complète de lutte contre le tabagisme. Cet axe est intégré dans l'objectif stratégique n° 1 : objectif 1.1 « retarder l'expérimentation et diminuer la prévalence de l'usage de substances psycho-actives chez les jeunes » ; objectif 1.9 « améliorer la santé de la mère et de l'enfant en assurant la promotion de la santé au cours de la grossesse, en particulier par la prévention des addictions et des expositions nocives » ;
- renforcer la lutte contre les cancers professionnels et environnementaux. Cet axe est intégré dans l'objectif stratégique n° 2 : objectif 2.5 « réduire les expositions professionnelles aux agents cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques » et l'objectif stratégique n° 5 : objectif 5.1 « élaborer un programme régional d'études et de statistiques en santé publique » ;
- renforcer la lutte contre l'alcoolisme : cet axe est intégré dans les deux mêmes objectifs que la lutte contre le tabagisme ;
- développer la prévention des autres risques et la promotion des attitudes favorables à la santé :
 - renforcer, de l'école jusqu'à l'université, les actions de prévention et d'éducation aux facteurs de risques, notamment cancérologiques. Cette mesure est intégrée dans l'objectif stratégique n°1 : objectif 1.1 « retarder l'expérimentation et diminuer la prévalence de l'usage de substances psychoactives chez les jeunes » ainsi que dans l'objectif stratégique n° 5 : objectif 5.4 « renforcer le partenariat entre les administrations de la santé et de l'éducation » ;
 - développer, dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS), des actions de promotion de l'hygiène alimentaire. Cette mesure est intégrée dans le cadre de l'objectif stratégique n° 1 : objectifs 1.3, 1.4 et 1.5 « nutrition » ;
 - développer les actions de prévention du mélanome par des campagnes d'information sur le risque d'exposition solaire des petits enfants.

Seule la prévention du mélanome est donc développée ici.

Quelle que soit la période, les taux régionaux standardisés d'incidence et de mortalité du mélanome sont comparables à ceux de la France :

- en Franche-Comté, le taux standardisé d'incidence du mélanome a augmenté de 237 % entre 1980 et 2000 chez les hommes (France : + 213 %). Il a augmenté de 128 % pendant la même période chez les Franc-Comtoises (France : + 142 %) ;
- le nombre de nouveaux cas de mélanome en Franche-Comté est estimé à 135 en 2000, dont 58 hommes et 77 femmes ;
- il y a eu 25 décès en 1999 en Franche-Comté.

Source : *Épidémiologie du cancer en Franche-Comté : incidence et mortalité de 1980 à 2000. Registre des tumeurs du Doubs, ORS de Franche-Comté. Septembre 2004.*

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

L'objectif 51 de la Loi relative à la politique de santé publique est d'améliorer les conditions de détection précoce du mélanome.

La mesure 20 du Plan national de lutte contre le cancer est de développer les actions de prévention du mélanome par des campagnes d'information sur le risque solaire des petits enfants afin de permettre un changement de comportement.

Cette mesure est déclinée au niveau régional par une campagne d'information sur le risque d'exposition solaire des petits enfants par le biais des professionnels de l'Éducation Nationale.

Des actions de sensibilisation de certains professionnels (kinésithérapeutes, coiffeurs, esthéticiennes...) sont également prévues dans le département du Doubs afin de leur faire connaître les risques cutanés liés à l'exposition solaire et les inciter, en cas de lésion pigmentée chez leurs clients, à une orientation vers un médecin.

Textes de référence

► *Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 51*

► *Plan national de lutte contre le cancer : mesure 20*

→ INDICATEURS

Nombre d'enfants touchés par les campagnes en milieu scolaire

Nombre de professionnels touchés par les actions de sensibilisation.

Objectif 1.7**Diminuer le nombre de nouvelles contaminations chez les jeunes vivant en Franche-Comté.**

1.7

■ Informer les jeunes scolarisés sur l'infection à VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST) dans le cadre d'une éducation globale à la vie affective et sexuelle.

Argumentaire

Le nombre de découvertes de séropositivité en 2004 chez des personnes vivant en Franche-Comté est de 30 (1 % des cas français). En 2003-2004, les jeunes de 20 à 29 ans représentent 27 % des découvertes de séropositivité en Franche-Comté, dont 69 % de femmes.

Au niveau national, les jeunes de 20 à 29 ans représentent 25 % de l'ensemble des découvertes de séropositivité au cours de la même période, dont 62 % de femmes. *Source : Données issues de la déclaration obligatoire du VIH au 31 décembre 2004. InVS.*

La Franche-Comté ne fait pas partie des régions retenues au niveau national comme devant intégrer de manière prioritaire un axe de lutte contre le VIH/sida et les IST dans leur Plan Régional de Santé Publique. Cependant, le maintien actuel du niveau faible de prévalence en Franche-Comté passe par la poursuite et le renforcement des actions d'éducation à la sexualité auprès des jeunes scolarisés.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

L'objectif 36 de la Loi relative à la politique de santé publique est de réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 en 2008 (actuellement 3,0 pour 100 000).

Une des mesures du Programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2005-2008 est de « soutenir les programmes de prévention vis-à-vis

du VIH et des IST en direction des jeunes ». Il s'agit d'intégrer la problématique des IST et du VIH dans une perspective plus large de vie affective et sexuelle.

L'information à la vie affective et sexuelle est un des axes prioritaires du contrat de partenariat Rectorat DRASS de Franche-Comté et du projet santé annexé au projet académique 2005-2009, telle que définie par l'article L. 312-16 du code de l'éducation « une information et une éducation à la sexualité sont dispensées dans les écoles, les collèges et les lycées à raison d'au moins trois séances annuelles et par groupe d'âge homogène ».

Cet objectif est en lien avec l'objectif complémentaire du PRSP « diminuer le nombre de grossesses non désirées et d'IVG, notamment chez les mineures, en assurant une meilleure information sur les moyens de contraception et un meilleur accès à une contraception de qualité ».

Textes de référence

► Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 36

► Programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2005-2008

► Programme quinquennal de prévention et d'éducation de l'Éducation Nationale 2003

► Contrat de partenariat Rectorat DRASS de Franche-Comté 2004

→ INDICATEURS

Nombre de découvertes de séropositivité chez les jeunes de 20-29 ans en 2008.

Taux de couverture des classes qui doivent bénéficier des actions d'éducation à la vie affective et sexuelle.

1

PROMOUVOIR
L'ADOPTION DE
COMPORTEMENTS
INDIVIDUELS
ET COLLECTIFS
FAVORABLES
À LA SANTÉ

■ Objectifs
prioritaires

→ PROMOTION DE LA VACCINATION

Objectif 1.8

Améliorer le taux de couverture vaccinale de la population franc-comtoise (vaccins obligatoires et recommandés du calendrier vaccinal).

- Améliorer la connaissance et la compréhension de chaque individu vis-à-vis des modes de transmission des agents infectieux et des moyens de prévention afin de convaincre, responsabiliser et inciter la population à se faire vacciner.
- Renforcer l'engagement des structures et des professionnels des secteurs médicaux, sociaux et éducatifs autour du geste vaccinal.
- Réfléchir à la faisabilité (technique, financière, réglementaire...) d'un dispositif de suivi et de relance individuels au geste vaccinal.

1.8

Argumentaire

Une enquête effectuée en janvier 2005 en Franche-Comté met en évidence une couverture vaccinale encore insuffisante :

- à 24 mois, un taux de couverture vaccinale rougeole-oreillons-rubéole (ROR) insuffisant de 88 % mais de 99 % pour le DTCP et de moins de 30 % pour l'hépatite B ;
- à 14 ans, une couverture vaccinale du DTCP très insuffisante, notamment pour le deuxième rappel de la coqueluche ;
- pour le DTP, une confirmation de la diminution de la couverture vaccinale avec l'âge, de 83 % à 19 ans pour atteindre 76 % à 69 ans.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Au niveau national, les priorités portent sur l'ensemble des vaccins obligatoires et recommandés du calendrier vaccinal, y compris le vaccin contre l'hépatite B.

Ces dernières années, l'accent a surtout été mis sur la vaccination :

- ROR chez les enfants de 12 à 24 mois ;
- Antigrippale chez les 65 ans et plus et chez les personnes atteintes de certaines affections de longue durée (ALD) dont le taux de couverture reste faible ;
- Rubéole chez les femmes en âge de procréer.

Deux objectifs de la loi relative à la politique de santé publique concernent la couverture vaccinale :

- Objectif 39 : grippe : atteindre un taux de couverture vaccinale d'au moins 75 % dans tous les groupes à risque : personnes souffrant d'une ALD (actuellement 50 %), professionnels de santé (actuellement 21 %), personnes âgées de 65 ans et plus (actuellement 65 %) d'ici à 2008 ;
- Objectif 42 : maladies à prévention vaccinale relevant de recommandations de vaccination en population générale : atteindre ou maintenir (selon les maladies) un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés en 2008 (aujourd'hui de 83 à 98 %).

L'objectif national est d'atteindre des taux de couverture optimale, comme par exemple 95 %, pour le ROR, seuil préconisé par l'OMS pour interrompre la transmission de ces trois maladies.

Au niveau régional, un Programme Régional Commun de l'Assurance Maladie (PRCAM) a été défini en janvier 2004. C'est le programme régional de promotion de la vaccination qui sera évalué en 2007.

Les objectifs du programme régional de promotion de la vaccination sont les suivants :

- impliquer et réunir tous les acteurs régionaux concernés par cette thématique ;
- mettre en place un événementiel annuel autour de la vaccination, type une semaine de la vaccination ;
- relayer et accompagner les actions nationales (type campagnes ROR ou grippe, journées nationales ou semaines européennes de la vaccination) autour de la vaccination au niveau régional ;
- produire et diffuser des documents d'information et d'éducation au geste vaccinal pour les professionnels de santé et le grand public (affiches, brochures, dépliants, exposition.) ;
- assurer des formations régulières aux structures et aux professionnels des secteurs médicaux, sociaux et éducatifs sur le calendrier vaccinal ;
- développer le suivi du statut vaccinal des élèves de 6^e via le bilan infirmier scolaire.

Textes de référence

- ▶ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectifs n° 39 et 42
- ▶ Programme régional commun de l'assurance maladie

→ INDICATEURS

Évolution des taux de couverture vaccinale de la population franc-comtoise
Évolution des remboursements de vaccins
Mise en place d'un comité de pilotage, nombre et qualité des personnes impliquées
Réalisation d'un événementiel annuel et/ou relais des actions nationales
Actions régionales spécifiques pour relayer les actions nationales
Type et nombre de productions effectives de documents d'information grand public et professionnels
Nombre de formations réalisées, publics touchés et niveau de satisfaction
Inclusion dans la fiche de recueil du bilan scolaire infirmier d'un bilan complet du statut vaccinal de l'élève.

POPULATIONS SPÉCIFIQUES

→ FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER

Objectif 1.9

Améliorer la santé de la mère et de son enfant en assurant la promotion de la santé au cours de la grossesse, en particulier par la prévention des addictions et des expositions nocives.

■ Intégrer des thématiques de promotion de la santé : addictions au sens large, nutrition, prévention de la violence, prise en charge psychologique et/ou psychiatrique... dans le suivi de la grossesse, notamment lors de l'entretien du 4^e mois.

1.9

Argumentaire

Un certain nombre de facteurs au cours de la grossesse ont des répercussions sur la santé de la mère et de l'enfant : consommation de substances psycho-actives, notamment le tabac et l'alcool, carence en folates dans l'alimentation...

La consommation d'alcool au cours de la grossesse est la première cause non génétique de handicap à la naissance. La prise en compte des besoins psychiques, psychologiques et sociaux au cours de la grossesse permettrait de réduire le risque de troubles du développement psychoaffectif de l'enfant.

Une étude cas-témoin en 1999 sur l'impact du tabagisme maternel sur la prématurité montre que, chez les témoins la proportion de celles qui ont poursuivi leur consommation de tabac pendant la grossesse est de 31,5 %, pourcentage plus élevé qu'au niveau national (25 % dans l'enquête périnatale).

Source : ORS Franche-Comté.

Il n'existe pas de données régionales sur la consommation d'alcool au cours de la grossesse.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

L'objectif 47 de la Loi relative à la politique de santé publique est de réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme, la prématurité et surtout la grande prématurité et ses complications en constituant une composante importante.

La mesure 10 du Plan de mobilisation nationale contre le cancer est de lutter contre le tabagisme des femmes enceintes (information dans les maternités, sensibilisation du personnel soignant, accès aux consultations de sevrage). Un des objectifs du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 est de diminuer le tabagisme chez les femmes enceintes de 29,5 % à 20 %.

L'article 45 de la Loi relative à la politique de santé publique (article L. 3311-3 du code de la santé publique) indique que les campagnes d'information menées dans le cadre de la lutte anti-alcoolique doivent comporter des messages de prévention et d'éducation... Ces campagnes doivent également porter sur la prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale et inciter en particulier les femmes enceintes à ne pas consommer d'alcool.

L'article 49 de cette même loi rend obligatoire une information sur les conséquences de la consommation d'alcool par les femmes enceintes sur le développement du fœtus dans les lycées et collèges, à raison d'une séance annuelle.

L'article 50 rend obligatoire dans la formation initiale et continue de tous les professionnels de santé et du secteur médico-social un enseignement spécifique dédié aux effets de l'alcool sur le fœtus.

Le Plan périnatalité 2005-2007 prévoit la mise en place d'un entretien individuel du 4^e mois (ou du premier trimestre) qui s'inscrit dans la préparation à la naissance et dont l'objectif est de mettre en place précocement les conditions d'un dialogue permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents. Cet entretien doit être l'occasion d'évoquer les questions mal ou peu abordées avec la future mère lors des examens médicaux prénataux.

Il prévoit également l'intégration dans le carnet de maternité de messages concernant les risques pour le fœtus et l'enfant en cas de consommation par la femme enceinte d'alcool, de tabac et de drogues.

Un des objectifs nutritionnels spécifiques du Programme national nutrition santé 2001-2005 est d'améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer, notamment en cas de désir de grossesse.

En Franche-Comté, la réflexion sur la promotion de la santé chez la femme enceinte, initiée dans le cadre de la commission régionale de la naissance, sera déclinée dans le cadre des missions du réseau périnatalité régional, créé en 2002 en tant que réseau hospitalier avec ouverture en 2004 sur la « ville ».

L'objectif est de prioriser la promotion de la santé dans le cadre de ces entretiens « du 4^e mois » en intégrant la problématique des addictions au sens large, la nutrition, la prévention de la violence, la prise en charge psychologique et/ou psychiatrique, voire d'autres thématiques qui pourraient être abordées dans le cadre de cet entretien et tout au cours de la grossesse.

Textes de référence

► Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : articles 45, 49 et 50 ; objectifs n° 13 et 47

► Plan national de lutte contre le cancer : mesure 10

► Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008

► Plan périnatalité 2005-2007

→ INDICATEURS

Fréquence et distribution de la prématurité, des petits poids de naissance

Prévalence de la consommation d'alcool au cours de la grossesse

Prévalence du tabagisme au cours de la grossesse

Indicateur complémentaire : prévalence des handicaps moteurs, neurologiques, sensoriels et cognitifs d'origine périnatale.

1

PROMOUVOIR
L'ADOPTION DE
COMPORTEMENTS
INDIVIDUELS
ET COLLECTIFS
FAVORABLES
À LA SANTÉ

■ Objectifs
prioritaires

→ PERSONNES ÂGÉES

Objectif 1.10

Contribuer à améliorer l'état de santé des personnes âgées en vue de prévenir et retarder l'apparition de la dépendance ou son aggravation. Contribuer à la qualité de vie et au bien-être physique et mental de la personne âgée.

■ Promouvoir, développer et rendre accessible au plus grand nombre, les programmes, ateliers et modules relatifs à la prévention des chutes et à la prise en charge plus globale de la santé (incluant la prise en compte de l'environnement physique et social de la personne, de son état de santé mentale et physique...) et dans le respect du choix de la personne âgée.

1.10

Argumentaire

La perte d'autonomie est souvent la conséquence d'une ou plusieurs chutes favorisées par un moins bon contrôle de l'équilibre (1 personne sur 4 après 60 ans). La chute peut dans certains cas entraîner l'entrée dans la dépendance.

Les chutes des personnes âgées représentent 10 % des motifs de consultation et 12 % des hospitalisations en milieu gériatrique.

De nombreuses pathologies peuvent aussi être à l'origine des chutes : troubles visuels, maladies cardiovasculaires, neurologiques, troubles métaboliques. Celles-ci peuvent aussi être favorisées par la polymédication et un mauvais équilibre alimentaire.

La réflexion quant au développement des ateliers « Équilibre » s'appuiera notamment sur le référentiel de bonnes pratiques « Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile », réalisé par le Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité (Éditions INPES, 2005).

Le renforcement et/ou la mise en place de consultations spécifiques senior pourraient aussi être envisagés dans ce cadre.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

L'objectif 99 annexé à la Loi relative à la politique de santé publique est de réduire de 25 % le nombre de personnes âgées ayant fait une chute dans l'année d'ici à 2008. La CNAM et la CNAV ont établi un Programme de Préservation de l'Autonomie des Personnes Âgées (PAPA). Cet objectif est mis en œuvre dans le cadre de la déclinaison régionale du PAPA effectuée au sein du Programme Régional Commun de l'Assurance Maladie.

Textes de référence

► Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 99

► Programme de préservation de l'autonomie des personnes âgées CNAM CNAV

► Programme régional commun de l'assurance maladie

→ INDICATEURS

Taux d'hospitalisation liée à une chute chez les personnes âgées
Nombre d'ateliers et programmes reconduits et mis en place (par type d'atelier)

Taux de participation des personnes ciblées
Évolution de l'état psychique et physique de la personne ayant suivi ces ateliers

Les niveaux d'atteinte chiffrés au plan régional seront précisés en fonction des données disponibles (en Franche-Comté : Score-santé/Fnors et étude de la CRAM concernant l'impact de ces ateliers).

→ PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Objectif 1.11

Renforcer et améliorer, sur l'ensemble du territoire régional, la prévention auprès des publics en situation de précarité afin de réduire leurs risques de développer des pathologies lourdes.

■ Renforcer, sur l'ensemble de la région, la prise en compte de la dimension santé au sein des dispositifs d'insertion socioprofessionnelle.

■ Favoriser et développer, par une démarche de territorialisation et de proximité, les projets de prévention destinés aux personnes en situation de précarité afin de couvrir l'ensemble du territoire régional.

1.11

Argumentaire

En Franche-Comté, la précarité se caractérise par :

- des salaires des ménages inférieurs à la moyenne nationale ainsi que la taille des familles à revenus modestes expliquant souvent la précarité de la situation financière ; Source : INSEE
- une évolution annuelle régionale du nombre de

demandeurs d'emploi (2003 à 2004) supérieure de 6,9 points à l'évolution nationale. Une diminution de l'emploi salarié régional de 0,2 % sur un an alors qu'il restait stable en France. Ce recul de l'emploi continue au 2^e trimestre 2005 (0,3 %) ;

■ c'est la première région française pour le taux de recours à l'intérim : fin 2004, près de 15 000 emplois d'intérimaires (équivalents temps plein) sont

→ INDICATEURS

Par année et par département :

Nombre de jeunes en stage d'insertion professionnelle ayant bénéficié d'un atelier santé / nombre de jeunes inscrits dans un stage d'insertion professionnelle

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un accompagnement santé dans le cadre du RMI / nombre de bénéficiaires du RMI

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un accompagnement santé dans le cadre des CIRMA / nombre de CIRMA

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un accompagnement santé dans le cadre de l'ASI / nombre de personnes suivies dans le cadre d'un ASI

Par département : évolution du nombre de projets de prévention destinés aux personnes en situation de précarité proposés dans les PDI, les contrats ville, par les CCAS, les CIAS et les Pays.

comptabilisés dans notre région. La majorité des contrats durent moins d'une semaine. Sources : INSEE, DRTEFP, URSSAF
Quant aux minima sociaux : au 1^{er} janvier 2004, 2 850 Franch-Comtois perçoivent l'allocation parent isolé, 12 885 l'allocation adultes handicapés, 12 446 le revenu minimum d'insertion, 2 236 le fonds d'aide aux jeunes, 4 284 l'allocation de solidarité spécifique et 8 152 l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse. Source : *Statiss 2005 Franche-Comté, DRASS.*

Or, la précarité génère des iniquités en matière de santé et, réciproquement, des conditions de santé dégradées peuvent aggraver une situation sociale vulnérable.

Dans son rapport de 2002, le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) établissait trois constats :

- les inégalités sociales de santé se présentaient comme un continuum allant des catégories les plus modestes aux plus favorisées sans véritable seuil ;

- les chômeurs avaient un risque de mourir qui était 3,1 fois supérieur aux actifs avec un emploi. Cette situation défavorable s'était encore dégradée au cours des deux dernières décennies puisque dans les années 80, l'écart était de 2,7 ce qui traduisait l'aggravation des conditions de vie des chômeurs ;

- au-delà du chômage, la précarité dans l'emploi constituait une source particulière d'inégalités venant s'ajouter à celles liées aux catégories socioprofessionnelles. Plus la précarité de l'emploi s'accroissait et plus l'exposition aux risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles augmentait ; ce constat débordant les seules conséquences directes du travail et concernant également l'exposition aux autres risques.

Il rappelait également dans son recueil des principaux problèmes de santé en France, publié en décembre 2002, que les fortes inégalités sociales de santé constatées en 1994 dans notre pays ne régressaient pas : la France faisait moins bien en ce domaine que nombre de ses partenaires européens.

Par ailleurs, une étude réalisée par le Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé (CETAF de St Etienne) et le Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand (comparaison d'une population en situation de précarité à une population de personnes non précaires, France 1995-2002, parue dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire du 31 octobre 2005), mettait en évidence des relations statistiquement significatives entre la précarité et des indicateurs de comportements et de santé.

Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), issus de l'article 71, volet santé de la Loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, devaient permettre la résorption des inégalités dans le domaine sanitaire en permettant aux personnes en situation précaire de bénéficier de conditions favorables à leur santé. La circulaire DGS/SD6D n° 2002/100 du 19 février 2002 les a prolongés pour 4 ans (2003-2006).

Le bilan à mi-parcours du PRAPS 2^e génération de Franche-Comté (novembre 2004), dressé par la DRASS, a mis en évidence la nécessité d'améliorer et de renforcer l'accompagnement vers la prévention et les soins de la personne en situation de précarité tout au long de son parcours d'insertion ou de réinsertion.

Cette prise en compte de la dimension santé peut être favorisée, notamment, dans le cadre :

- des Ateliers Santé Jeunes (ces derniers sont actuellement au nombre de cinq en Franche-Comté, ils s'adressent aux jeunes de 16 à 25 ans en stage d'insertion professionnelle)
- des contrats d'insertion des bénéficiaires du Revenu

Minimum d'Insertion (CIRMI) ou du Revenu Minimum d'Activité (CIRMA) ;

- de l'Appui Social Individualisé (ASI) qui en offrant un accompagnement social personnalisé et global aux personnes rencontrant un cumul de difficultés leur permet de lever les obstacles à leur insertion professionnelle ou à leur maintien dans l'emploi.

Par ailleurs, dans le cadre du Pôle Régional d'Animation et de Développement de l'Insertion par l'Economique (PRADIE), les Ateliers et Chantiers d'Insertion pourraient être des vecteurs d'action de prévention.

La contribution des médecins du travail à la lutte contre la précarité doit également être soutenue : des cellules de coordination regroupant services sociaux, médecins du travail de diverses structures, personnes ressource de type « maintien dans l'emploi » dans le cadre des programmes départementaux d'insertion des travailleurs handicapés, fonctionnent dans différents secteurs de la région et visent à éviter l'exclusion des handicapés du monde du travail à la suite de problèmes de santé ou à favoriser leur insertion.

De même, le constat précité a souligné l'importance de développer et favoriser l'ancrage des actions de prévention par une forte démarche de territorialisation et de proximité.

Les projets destinés à toucher la population rurale précaire ou résidant dans des communes de petite ou moyenne importance émergent difficilement. La Fédération Régionale de Franche-Comté de la Mutualité Sociale Agricole pallie, en partie, ce manque en développant des programmes destinés à ses ressortissants. S'il apparaît nécessaire de renforcer les projets santé destinés aux populations précaires dans le cadre des contrats ville et des Ateliers Santé Ville, il est essentiel de favoriser leur développement dans le cadre des Plans Départementaux d'Insertion (PDI) ou des programmes définis par les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) ou les Centres Intercommunaux d'Action Sociale (CIAS). Favoriser l'émergence de projets prévention santé pour les personnes en situation de précarité au sein des contrats des Pays est également une perspective.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

L'article 3 de la Loi relative à la politique de santé publique précise que le PRSP doit comprendre, notamment un programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies.

L'objectif 34 de la loi précitée vise à la réduction des inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires : l'écart de l'espérance de vie à 35 ans est actuellement de 9 ans.

Objectifs stratégiques I et III du PRAPS 2^e génération de Franche-Comté.

Textes de référence

- Loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, volet santé : articles 67 et 71

- Circulaire DGS/SD6D n° 2002/100 du 19 février 2002 prolongeant les PRAPS pour 4 ans (2003-2006)

- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : article 3 ; objectif n° 34

- PRAPS II de la région Franche-Comté 2003 -2006

1

PROMOUVOIR
L'ADOPTION DE
COMPORTEMENTS
INDIVIDUELS
ET COLLECTIFS
FAVORABLES
À LA SANTÉ

Objectifs
prioritaires

1 PROMOUVOIR L'ADOPTION DE COMPORTEMENTS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS FAVORABLES À LA SANTÉ

Programme de travail complémentaire

MALADIES ET PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES

→ SANTÉ MENTALE

Faire connaître au grand public les principales pathologies relevant de la santé mentale.

■ Décliner, à l'échelle régionale, la campagne de communication qui doit être lancée, au niveau national, en 2006.

Argumentaire

Cette campagne nationale de communication à long terme et en différents volets doit permettre de faire connaître au grand public les principales pathologies, leurs causes, leurs symptômes et leurs traitements, de manière à modifier les perceptions et à améliorer, à terme, le suivi médico-psychique des personnes souffrant de troubles mentaux.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

L'objectif 61 de la Loi relative à la politique de santé publique est : psychoses délirantes chroniques, troubles bipolaires, troubles dépressifs, troubles névrotiques et anxieux : réduire la marginalisation sociale et la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques qui sont en elles-mêmes des facteurs d'aggravation.

L'objectif 1.1.1 de l'axe I du Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 est : « Mieux informer et prévenir : mettre en œuvre des campagnes grand public ».

Textes de référence

► Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif 61

► Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008

→ INDICATEUR

Indicateur à construire selon les modalités de cette campagne. Exemple : nombre de brochures d'information distribuées.

Améliorer la connaissance sur la prise en charge de l'anxiété et des troubles du sommeil.

■ Améliorer l'information des professionnels et sensibiliser le grand public à une prise en charge pas seulement médicamenteuse de l'anxiété et des troubles du sommeil.

Argumentaire

L'écoute, l'aide psychologique et le respect d'une certaine hygiène de vie sont des perspectives prometteuses pouvant s'établir par un dialogue entre le médecin et son patient. En l'occurrence, il ne s'agit pas de prescrire moins à tout prix mais de prescrire mieux.

En effet, les Français consomment deux fois plus d'anxiolytiques que les Espagnols et huit fois plus d'hypnotiques que les Allemands et les Italiens. En 2004, 51,1 millions de boîtes de somnifères et 55,6 millions de tranquillisants ont été achetées, ce qui représente 320 millions d'euros. Durant la même année, plus de 10 millions de Français ont eu au moins une prescription d'anxiolytiques et plus de 5 millions une prescription d'hypnotiques. Les femmes et les personnes âgées sont très concernées. En Franche-Comté, la consommation est supérieure à la moyenne nationale, donc en tête sur le plan européen.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Convention nationale signée entre les médecins libéraux et les Caisses d'Assurance Maladie visant à une réduction, sur un an, de 10 % des dépenses liées à ces traitements.

L'objectif est de diminuer de 9,6 % le nombre de boîtes prescrites par acte.

Texte de référence

► Convention nationale CNAM - médecins libéraux

→ INDICATEUR

Nombre de boîtes prescrites par acte.

→ HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

Améliorer l'état de santé bucco-dentaire des Francs-Comtois.

■ Relayer régionalement l'information auprès des parents et adolescents sur le dispositif du bilan bucco-dentaire.

■ Dispenser les connaissances nécessaires afin de sensibiliser les 6 à 18 ans à l'intérêt d'une bonne hygiène bucco-dentaire.

■ Mobiliser les professionnels du champ éducatif.

■ Améliorer l'état bucco-dentaire des personnes âgées.

■ Améliorer l'état bucco-dentaire des personnes vulnérables.

Argumentaire

Malgré des messages de prévention connus (brossage des dents - surveillance et dépistage des caries), un attentisme encore trop fréquent est constaté ainsi qu'une attitude passive commune à toutes les catégories socioprofessionnelles (peur de la douleur - image de soins coûteux...).

Pourtant, les problèmes dentaires peuvent se révéler graves et douloureux et engendrer des conséquences diverses en matière de santé. Une simple carie non

soignée peut entraîner ultérieurement des soins autrement plus délicats, longs et coûteux.

L'enfance et l'adolescence constituent un moment critique pour la santé des dents et doivent donc représenter un public prioritaire en matière de prévention bucco-dentaire.

En Franche-Comté, 11,3 % des enfants de 5-6 ans présentent au moins deux dents cariées non soignées contre 9,5 % au niveau national.

Source : DREES Études et résultats n° 250 juillet 2003.

L'accès aux soins dentaires pour les personnes en situation précaire et les personnes âgées doit également être favorisé.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

L'objectif 91 de la Loi relative à la politique de santé publique est de réduire d'ici à 2008 l'indice CAO mixte moyen à l'âge de 6 ans (de 1,7 à 1,2) et l'indice CAO moyen à l'âge de 12 ans (de 1,94 à 1,4).

Au niveau de l'Assurance Maladie, l'URCAM et ses partenaires travaillent sur plusieurs programmes, dans les domaines de l'information sur l'hygiène bucco-dentaire et du dépistage en milieu scolaire, dans les instituts médico-éducatifs et établissements accueillant des poly-handicapés, l'accès aux soins pour les personnes les plus démunies, les traitements en orthodontie dento-faciale (qualité, lutte contre les abandons de traitement).

La mise en place d'un bilan bucco-dentaire pour certains groupes est un des éléments de la prévention de la dénutrition des personnes âgées (objectif spécifique prioritaire 3.2).

Texte de référence

► Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 91

→ INDICATEURS

Proportion de 13-18 ans participant au bilan bucco-dentaire

Proportion par âge de 6 à 18 ans ayant consulté un dentiste ou stomatologue dans les 12 derniers mois

Proportion de bénéficiaires de la CMUC ayant consulté un dentiste dans les 12 derniers mois

Nombre d'interventions en milieu scolaire

Proportion des enfants de 5-6 ans présentant au moins deux dents cariées non soignées.

1

PROMOUVOIR L'ADOPTION DE COMPORTEMENTS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS FAVORABLES À LA SANTÉ

Programme de travail complémentaire

MALADIES TRANSMISSIBLES

→ HÉPATITE C

Diminuer l'incidence de l'hépatite C.

■ Diminuer les risques sanitaires de contamination liés aux pratiques de tatouage et de piercing par une information en milieu scolaire et festif.

■ Diminuer l'incidence de la séroconversion de l'hépatite C chez les usagers de drogues en diminuant le partage de matériel.

Argumentaire

L'hépatite C est un problème important de santé publique par le nombre de personnes potentiellement atteintes, puisque l'on considère que 1,1 % de la population est atteinte soit de l'ordre de 50 000 à 60 000 personnes au niveau national. On peut estimer qu'il existe environ 5 000 à 6 000 nouvelles contaminations par an au niveau national.

En Franche-Comté, les pratiques de piercing et tatouage se sont banalisées et développées devenant un véritable phénomène de mode touchant en particulier un public jeune mal informé sur les risques, comme le souligne une enquête réalisée en 2004 auprès des infirmiers scolaires de la région.

La toxicomanie par voie intraveineuse ou nasale est actuellement le principal mode de contamination par le virus de l'hépatite C. Malgré les mesures de réduction des risques (non-partage du matériel de préparation et d'injection ou d'inhalation), la diminution du risque de contamination par le VHC n'a pas été aussi rapide que pour le VIH. Ceci peut s'expliquer par une plus forte contagiosité du VHC avec une résistance supérieure en dehors du milieu biologique notamment dans le matériel de préparation, dont la pratique de partage perdure.

Les résultats d'une enquête nationale de prévalence des virus des hépatites menée chez les assurés sociaux du régime général de France métropolitaine indiquent que la prévalence du VHC est nettement plus élevée chez les personnes rapportant un antécédent d'usage de drogue intraveineuse (55,5 % versus 0,63 % en population générale) ainsi que chez les personnes ayant utilisé des drogues par voie nasale (8,9 % versus 0,63 %). On estime à 3 600 par an le nombre de nouvelles contaminations par le VHC en rapport avec la toxicomanie au niveau national.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

L'objectif 56 de la Loi relative à la politique de santé publique prévoit de maintenir l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de drogues et amorcer une baisse de l'incidence du VHC. Le Plan national hépatites virales C et B 2002 - 2005 propose des actions communes, une actualisation et un renforcement des mesures de lutte contre l'hépatite C et des mesures de lutte contre l'hépatite B, notamment dans le domaine de la prévention de la transmission des

virus VHC et VHB : réduire les risques liés aux soins, de transmission lors des actes de perçage, de tatouage, de dermatographie et enfin mener des actions spécifiques concernant certaines populations parmi les plus exposées : usagers de drogues injectables et per nasales, détenus.

En Franche-Comté, la problématique de l'hépatite C a été prise en compte, avec notamment dès 1995 un contrat d'objectif, en 1996 la création du réseau ville hôpital hépatite C (REHVOC), la reconnaissance comme pôle régional de référence du service d'hépatologie du CHU et la mise en place d'un registre des hépatites virales B et C dans le département du Doubs.

Une association de patients (SOS hépatites) s'est constituée en Franche-Comté en 1999. L'activité de réduction des risques est en cours de labellisation dans le cadre des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD).

Textes de référence

► Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 56

► Plan national hépatites virales C et B 2002-2005

→ INDICATEURS

Suivi de l'incidence de la séroconversion VHC notamment chez les usagers de drogues

Suivi du nombre personnes concernées par l'information en milieu scolaire et festif, sur le piercing et le tatouage

Évaluation de l'impact de cette information sur le comportement.

→ INFECTION À VIH

Maintenir le taux d'incidence de l'infection à VIH en Franche-Comté à un niveau peu élevé.

■ Renforcer l'information sur la prévention et sur le dépistage de l'infection à VIH vers les populations migrantes.

■ Poursuivre les actions de prévention auprès des hommes ayant des relations homosexuelles.

Argumentaire

Le nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH en Franche-Comté est de 30 en 2004, soit 1 % des nouveaux diagnostics nationaux.

Les modes de contamination sont d'abord hétérosexuels (43 % des diagnostics en Franche-Comté, 54 % au niveau national) puis homosexuel/bisexuel (37 % en Franche-Comté, 24 % au niveau national).

En Franche-Comté, parmi les nouveaux cas d'infection à VIH déclarés en 2003 et 2004, 16 % concernent des étrangers de nationalité d'Afrique sub-saharienne (33 % au niveau national). *Source : Données issues de la déclaration obligatoire du VIH au 31 décembre 2004. InVS.*

Parmi les personnes nouvellement suivies en 2004 par les services hospitaliers de Besançon, Belfort et Vesoul, 25 % étaient des patients étrangers, principalement d'origine sub-saharienne.

Parmi les nouveaux patients dépistés récemment, 47 % avaient un mode de contamination par rapport homosexuel. *Source : CISIH Franche-Comté : point épidémiologique au 31 décembre 2004.*

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

La lutte contre l'infection à VIH est une grande cause nationale 2005.

Un programme spécifique de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France a été élaboré au niveau national pour les années 2004-2006.

Un des objectifs du programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2005-2008 est la réduction de l'incidence du VIH et des IST en promouvant la lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants. Cependant, la Franche-Comté ne fait pas partie des douze régions dans lesquelles des programmations spécifiques VIH-sida / étrangers - migrants doivent être engagées.

Un des objectifs du programme national de lutte contre le VIH/sida 2005-2008 est de réduire l'incidence du VIH et des IST en renforçant la lutte contre le VIH/sida en direction des homosexuels.

Textes de référence

- ▶ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 36
- ▶ Programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2005-2008
- ▶ Programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants 2004-2006

→ INDICATEURS

Nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH chez des personnes migrantes
Nombre annuel de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH par mode de contamination homosexuel/bisexuel en Franche-Comté.

POPULATIONS SPÉCIFIQUES

→ FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER

Diminuer le nombre de grossesses non désirées et d'IVG, notamment chez les mineures en assurant une meilleure information sur les moyens de contraception et un meilleur accès à une contraception adaptée.

■ Poursuivre et développer les actions d'éducation à la sexualité (contraception, VIH), notamment en milieu scolaire.

■ Informer et sensibiliser les professionnels et le public à l'aide des supports édités par l'INPES.

Argumentaire

En Franche-Comté, une étude réalisée par l'ORS montre que pour l'année 2003, le taux de recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est de 10,2 pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans, soit un taux en dessous de la moyenne nationale qui se situait en 2003 à 14,1. Mais il a augmenté depuis 1995, où il se situait à 9,5 pour 1000.

Pour ce qui concerne les mineures, en 2004, 229 mineures, dont 218 âgées de 15 à 17 ans, ont eu recours à l'IVG, ce qui représente 7 % de l'ensemble des femmes ayant eu recours à une IVG. En 2003, les mineures représentaient 5,9 % des femmes ayant réalisé une IVG dans la région, cette proportion était de 5,4 % en moyenne nationale. C'est dans la tranche d'âge des 15-17 ans que la progression des IVG est la plus importante : + 53 % sur les 5 dernières années ; les taux passant de 6,6 pour 1000 en 2000 à 10 en 2004. Toutefois, il faut noter que le recours à l'IVG est deux fois moins fréquent parmi les mineures âgées de 15 à 17 ans que parmi les 18 et 19 ans, les taux étant respectivement de 10 et 20,5 pour 1000. Concernant les IVG réalisées pour des mineures de moins de 15 ans, leur nombre est resté d'environ 10 chaque année depuis le début des années 2000.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

L'objectif 97 de la Loi relative à la politique de santé publique prévoit d'assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours.

L'article L. 312-16 du code de l'éducation prévoit une information et une éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées.

L'éducation à la vie affective et sexuelle des collégiens et collégiennes est un des axes prioritaires du contrat de partenariat Rectorat DRASS de Franche-Comté.

Cet objectif est en corrélation avec l'objectif prioritaire 1.7 « Lutte contre l'infection à VIH : diminuer le nombre de nouvelles contaminations chez les jeunes vivant en Franche-Comté ».

Textes de référence

- ▶ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 97
- ▶ Article L. 312-16 du code de l'éducation nationale
- ▶ Programme quinquennal de prévention et d'éducation de l'Éducation Nationale décembre 2003
- ▶ Contrat de partenariat Rectorat DRASS de Franche-Comté 2004

→ INDICATEURS

Nombre d'IVG, notamment chez les mineures
Nombre de classes ayant bénéficié des actions d'éducation à la vie affective et sexuelle.

1

PROMOUVOIR
L'ADOPTION DE
COMPORTEMENTS
INDIVIDUELS
ET COLLECTIFS
FAVORABLES
À LA SANTÉ

Programme
de travail
complémentaire

→ PERSONNES HANDICAPÉES

Assurer des actions de prévention s'adressant directement aux personnes handicapées.

■ Proposer des actions d'information sur l'hygiène et sur la nutrition aux travailleurs handicapés des ateliers protégés.

Argumentaire

Les travailleurs handicapés des ateliers protégés ne bénéficient pas d'un soutien spécifique comme celui que reçoivent les travailleurs handicapés des Centres d'aide par le travail. Cette population a un déficit d'information dans les domaines de l'hygiène et de la nutrition, qui retentit sur leur vie quotidienne.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Ces actions d'information ont été initiées dans le Territoire de Belfort dans le cadre du Programme régional de santé « handicap et dépendance » 1999-2004 et ont donné satisfaction. Il s'agit de poursuivre et d'étendre ce dispositif.

→ INDICATEURS

Nombre de travailleurs handicapés touchés par ces informations

Satisfaction des travailleurs handicapés et des responsables d'établissement.

Diminuer le nombre de personnes handicapées à la suite d'un accident de la route.

■ Développer les actions de prévention en matière de violences routières.

Argumentaire

Le nombre de blessés par accident de la route est en 2004 de 1 649 en Franche-Comté.

Le nombre de blessés graves par accident de la route (plus de 6 jours d'hospitalisation) est de 370 en 2004. Il était de 705 en 1999. Ce sont les 15-24 ans qui sont les plus touchés.

La fréquence des lésions susceptibles de donner de lourdes séquelles n'est connue ni au niveau régional, ni au niveau national.

Cependant, une étude sur les « conséquences familiales, sociales et professionnelles des traumatismes crâniens », publiée en mars 2005, montre qu'au minimum chaque année, une cinquantaine de Francs-Comtois

ont des séquelles graves d'un traumatisme crânien. Pour 82 % d'entre eux, l'origine de leur traumatisme crânien est un accident de la route.

Source : ORS de Franche-Comté

Une étude sur les « conséquences physiques, psychiques et sociales des accidents à moto en Franche-Comté », publiée en septembre 2003, montre que 84 % des motards accidentés ont des séquelles de leur accident, ce sont huit fois sur dix des séquelles ostéo-articulaires et une fois sur deux des séquelles neurologiques.

Source Observatoire Régional de la Sécurité Routière ; Observatoire Régional de la Santé

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

La lutte contre l'insécurité routière est un des trois chantiers quinquennaux définis par la Président de la République en juillet 2002.

L'objectif 94 de la Loi relative à la politique de santé publique est de réduire fortement et en tendance régulière et permanente le nombre de décès et de séquelles lourdes secondaires à un traumatisme par accident de la circulation d'ici à 2008.

Un document général d'orientation en sécurité routière a été élaboré dans chacun des départements de la région. Ces orientations sont déclinées au sein d'un plan départemental d'actions de sécurité routière (PDASR).

Textes de référence

▶ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique n° 94

▶ Programme de lutte contre l'insécurité routière 2002

▶ Documents généraux d'orientation en sécurité routière départementaux

→ INDICATEUR

Nombre de blessés graves par accident de la route.

LUTTER CONTRE LES RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT ET AU TRAVAIL

OBJECTIF STRATÉGIQUE N°

2

== Objectifs
prioritaires
p. 34

== Programme
de travail
complémentaire
p. 40

2 LUTTER CONTRE LES RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT ET AU TRAVAIL

**Objectifs
prioritaires**

→ PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À L'HABITAT

Objectif 2.1

Réduire l'exposition au radon dans les bâtiments et mieux évaluer le risque.

■ Réduire l'exposition au radon dans tous les établissements visés par la réglementation sous le seuil de 400 Bq/m³.

■ Évaluer les risques sanitaires liés au radon en Franche-Comté et définir des actions de lutte contre le radon.

2.1

Argumentaire

Le radon est un gaz radioactif d'origine naturelle émis principalement par les roches granitiques et volcaniques. Il est inodore et incolore. En atmosphère confinée d'un bâtiment, il peut s'accumuler et atteindre des concentrations élevées.

Le radon constitue en moyenne environ 40 % de notre exposition au rayonnement ionisant, ce qui constitue la première source de l'exposition devant l'exposition médicale.

Le radon est un facteur de risque du cancer du poumon (classé cancérigène certain par le Centre International de Recherche sur le Cancer). En France, on estime le nombre de décès par cancer du poumon dus au radon à environ 3 000 par an, soit 13 % de l'ensemble des cancers du poumon.

Des campagnes de mesure du radon ont été menées en France de 1984 à 1998 dans des logements et des

établissements recevant du public. Les résultats issus de ces campagnes ont classé le Doubs, la Haute-Saône et le Territoire de Belfort parmi les départements exposés au risque « radon ». De 1999 à 2003, ces départements ont alors conduit de nouvelles campagnes de mesure dans les établissements scolaires en vue de diminuer prioritairement l'exposition des enfants. 10 % des établissements mesurés ont présenté des teneurs en radon supérieures à 400 Bq/m³, seuil au-dessus duquel il est recommandé de réaliser des travaux pour diminuer les concentrations.

La réglementation, applicable depuis septembre 2004, prévoit la réalisation de mesures du radon dans les établissements scolaires, les établissements sanitaires et sociaux (crèches, hôpitaux...), les établissements pénitentiaires et les établissements thermaux situés dans tous les départements classés à risque. Elle fixe deux seuils au-dessus desquels il est obligatoire d'entreprendre des travaux en vue de réduire les concentrations en radon.

En Franche-Comté, l'accent sera mis sur la réduction de l'exposition au radon dans certains établissements accueillant du public de façon prolongée, en particulier des enfants. Une étude d'évaluation des risques sanitaires sera menée afin de connaître l'impact sanitaire du radon sur la région. Elle permettra de fournir les éléments nécessaires à la définition d'un plan d'actions de lutte contre le radon.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Cet objectif régional décline les orientations nationales de la Loi relative à la politique de santé publique (objectif 19) et du Plan national santé environnement (objectif 17).

Textes de référence

- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 19
- Plan national de lutte contre le cancer : mesure 14
- Plan national santé environnement 2004 - 2008 : objectif 17

→ INDICATEURS

Dans les trois départements à risques :
Nombre d'établissements d'enseignement, sanitaires, sociaux, pénitentiaires et thermaux ayant réalisé des mesures
Nombre d'établissements d'enseignement, sanitaires et sociaux, pénitentiaires et thermaux dont les teneurs en radon dépassent 400 Bq/m³ ou 1 000 Bq/m³
Nombre d'établissements dont les teneurs en radon dépassent 400 Bq/m³ ou 1 000 Bq/m³ après travaux.

Objectif 2.2

Améliorer l'information sur la prévention de l'asthme et des allergies.

- Pérenniser la surveillance des pollens à Besançon.
- Améliorer l'information sur les pollens.
- Développer l'activité de conseil médical en environnement intérieur.

2.2

Argumentaire

Les maladies allergiques respiratoires (rhinite, rhino-conjonctivite, asthme) constituent une priorité de santé publique du fait de leur prévalence élevée (plus de 20 % de la population générale pour la rhinite, 5-10 % pour l'asthme) en augmentation depuis plusieurs décennies, de la gravité potentielle de l'asthme et de leur coût socio-économique.

En matière de prévention, il faut prendre en compte l'ensemble des facteurs déclenchant que sont le tabagisme actif et passif, les virus, les allergènes intérieurs (acariens, moisissures, blattes...), les pollens, la pollution atmosphérique...

En Franche-Comté, une enquête menée en 1999 par l'Observatoire Régional de la Santé auprès d'un échantillon de 1 500 personnes a montré que 42 % de la population franc-comtoise présentait au moins un symptôme de fragilité respiratoire ou cardio-vasculaire. La prévalence de l'asthme déclaré est chez l'enfant de 9 % et de 11 % chez les adultes.

En Franche-Comté, les actions porteront sur la prévention des allergies dans l'habitat et celles liées aux pollens.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Cet objectif régional décline l'objectif 27 du Plan national santé environnement.

Il correspond également à l'objectif 74 de la Loi relative à la politique de santé publique : « réduire de 20 % la fréquence des crises d'asthme nécessitant une hospitalisation d'ici à 2008 ».

Un programme régional de l'asthme est intégré dans le Programme commun régional de l'assurance maladie.

Textes de référence

- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 74
- Plan national santé environnement 2004 - 2008 : objectif n° 27
- Programme régional commun de l'assurance maladie

→ INDICATEURS

Taux de fonctionnement du capteur de pollens
Nombre de bulletins polliniques hebdomadaires / nombre total de semaines de la surveillance
Évolution du nombre de crises d'asthme nécessitant une hospitalisation.

2

LUTTER
CONTRE
LES RISQUES
LIÉS À
L'ENVIRONNEMENT
ET AU TRAVAIL

Objectifs
prioritaires

Objectif 2.3

Diviser par deux d'ici 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées pour les paramètres microbiologiques et les pesticides.

■ Améliorer la qualité de l'eau potable en préservant les captages d'eau potable des pollutions ponctuelles et diffuses : prendre 30 arrêtés par an de Déclaration d'Utilité Publique (DUP) pour la région.

■ Réduire la contamination des eaux par les produits phytosanitaires tant d'origine agricole que non agricole par un changement des pratiques.

■ Étudier la pertinence des traitements mis en œuvre vis-à-vis du risque microbiologique et liés aux pesticides dans les Unités de distribution (UDi) de faible taille.

2.3

Argumentaire

L'atteinte de cet objectif passe par la protection de captages d'eau contre des pollutions accidentelles afin que la qualité de la ressource soit préservée. Mais cette protection ne suffit pas à elle seule à améliorer la qualité de la ressource qui peut être altérée par toutes les eaux ruisselant sur les bassins versants. La Franche-Comté comporte environ 1 200 captages dont un peu plus de 25 % ont fait l'objet d'une déclaration d'utilité publique instaurant des périmètres de protection, ce qui reste inférieur à la moyenne nationale (37 %) ; 18 % environ n'ont fait l'objet d'aucune démarche de la part des collectivités concernées. Ce nombre de captage tend à diminuer d'environ 3 % par an et le nombre de déclaration d'utilité publique augmente actuellement de 11 %.

Dans la région de Franche-Comté où quatre cinquièmes du territoire sont constitués de terrains calcaires (ou karst), les pollutions générées en un point peuvent diffuser largement et à distance, nécessitant une vigilance particulière. Le changement des pratiques, dans le domaine agricole ou non agricole (espaces verts, jardinage, etc.), doit permettre la réduction de la contamination des eaux par les phytosanitaires contenant des substances potentiellement toxiques, cancérigènes ou perturbateurs endocriniens : les actions menées en ce sens à Issans (25) par le Groupement Régional d'Études de la Pollution par les Phytosanitaires des Eaux et Sols (GREPPES) démontrent leur efficacité.

Des programmes d'actions en cours sur les bassins versants doivent être achevés. Les nouvelles orientations devront tenir compte de l'état de contamination des ressources, données produites par le contrôle sanitaire des DDASS mais dont la couverture reste partielle du fait d'une majorité de captages desservant des populations de faible taille. Une meilleure connaissance de l'exposition des populations aux pesticides repose sur un renforcement en 2005 des analyses de pesticides sur les captages, facilité par une délégation budgétaire du Ministère ciblant la Franche-Comté. Ce renforcement se prolongera également en 2006.

Concernant l'exposition à de la contamination d'origine fécale, 15 % de la population franc-comtoise n'est pas

alimentée d'une façon permanente par de l'eau de bonne qualité microbiologique. Les qualités les plus dégradées concernent les petites unités de distribution n'ayant pas, a priori, les moyens de mise en œuvre de traitements appropriés et dont les causes réelles de pollution doivent être étudiées.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

La diminution de moitié de la population exposée à des qualités chimiques et microbiologiques non conformes à la réglementation est l'objectif 22 de la Loi de santé publique approprié intégralement par la Franche-Comté. Cet objectif régional est aussi une déclinaison du Plan national santé environnement (objectifs 10 et 11) qui cible la protection de 80 % des captages d'eau potable en 2008 et 100 % en 2010.

Textes de référence

- ▶ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif 22
- ▶ Plan national santé environnement 2004 - 2008 : objectifs 10 et 11

➔ INDICATEURS

- Nombre de populations desservies par une eau conforme (paramètres microbiologiques et pesticides)
- Nombre d'UDi conformes (paramètres microbiologiques et pesticides)
- Nombre captages conformes (paramètres microbiologiques et pesticides)
- Nombre d'arrêtés de Déclaration d'Utilité Publique de protection des captages
- Pourcentage de population alimentée par un captage protégé (avis de l'hydrogéologue agréé rendu)
- Nombre de captages à protéger
- Nombre de délibérations des collectivités
- Nombre de captages bénéficiant d'avis d'hydrogéologues agréés
- Nombre de réunions consacrées aux périmètres de protection des captages
- Liste et tonnages des produits phytosanitaires commercialisés dans la région actualisés
- Liste des produits phytosanitaires à rechercher par captages
- Nombre de captages avec plan d'action en cours ou terminés

Réalisation d'une étude sur les petites unités.

Objectif 2.4

Prévenir l'exposition humaine aux légionelles.

2.4

- Réduire les risques liés aux légionelles dans les tours aéroréfrigérantes.

Argumentaire

Les principaux réservoirs de germes connus à l'origine de cas de contaminations humaines sont les tours aéroréfrigérantes humides (TAR), installations classées contrôlées par la DRIRE et les DDSV, l'eau chaude sanitaire distribuée par les réseaux intérieurs d'immeubles et l'eau minérale naturelle utilisée à des fins thérapeutiques dans les établissements de soins thermaux.

Principalement, les TAR humides sont à l'origine d'une forte production d'aérosols qui peuvent se disperser à plusieurs kilomètres autour de la source. Elles sont à l'origine ces dernières années en France de plusieurs épidémies importantes et difficiles à maîtriser, comme celle de Lens (2003 ; 86 cas), Poitiers (2003 ; 24 cas), Sarlat (2002 ; 31 cas), et concernent un nombre de cas de légionellose pouvant dépasser le nombre de déclarations annuelles de cas souvent isolés observés à l'échelle d'une région. Par ailleurs, les établissements de santé représentent un des principaux lieux de contamination où de surcroît les conséquences des légionelloses sont les plus graves, du fait qu'ils accueillent un grand nombre de malades dont les défenses sont parfois gravement compromises et qui présentent donc des facteurs de risque individuels. En 2002, la maladie contractée à la suite de la fréquentation d'un hôpital ou d'une clinique représente 10 % des cas ; la proportion de cas nosocomiaux en France est en baisse. *Source : Institut de Veille Sanitaire.*

La Franche-Comté déclare entre vingt et trente cas annuels de légionellose. Le recensement des TAR demandé par les pouvoirs publics en 2004, a permis de répertorier sur la Franche-Comté, 231 TAR dans 113 établissements qui constituent un danger potentiel : certaines installations ont d'ailleurs révélé ponctuellement une contamination par Legionella. Le recensement, la mise en œuvre de la nouvelle réglementation classant l'ensemble des TAR dans une rubrique spécifique des installations classées et la

connaissance de l'état de contamination des TAR de la région doivent être continués. Un programme annuel d'inspection des établissements de santé concernant la gestion du risque lié à Legionella, démarré en 2005, s'étale sur 5 ans et permettra le contrôle de la moitié des établissements de la région.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Cet objectif régional décline les orientations nationales de la Loi relative à la politique de santé publique (objectif 25) et du Plan national santé environnement (objectif 1) qui ciblent une réduction de 50 % de l'incidence de la légionellose à l'horizon 2008.

Le plan d'action interministériel de lutte contre les légionelles fixe comme priorités :

- améliorer les connaissances sur la bactérie, l'exposition des personnes et la maladie ;
- améliorer la prise en charge précoce des cas de légionellose et la gestion des crises sanitaires provoquées par des épidémies ;
- prévenir le risque sanitaire lié aux légionelles dans les TAR humides en maîtrisant les concentrations de légionelles dans les circuits de refroidissement et dans les panaches ;
- maîtriser le risque sanitaire lié aux légionelles dans les réseaux d'eau chaude sanitaire intérieurs aux immeubles, les eaux minérales naturelles utilisées à des fins thérapeutiques.

Textes de référence

- ▶ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 25
- ▶ Plan national santé environnement 2004 - 2008 : objectif 1

→ INDICATEURS

- Nombre annuel de nouveaux cas de légionellose
- Nombre annuel de décès par légionellose
- Pourcentage de TAR contrôlées parmi les TAR recensées
- Nombre d'établissements de santé inspectés.

2

LUTTER
CONTRE
LES RISQUES
LIÉS À
L'ENVIRONNEMENT
ET AU TRAVAIL

Objectifs
prioritaires

Objectif 2.5

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

- Informer les entreprises, branches professionnelles, Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) sur l'obligation de substitution des produits CMR par des produits moins dangereux (colloques, valorisation des substitutions réalisées en entreprises, diffusion de documents d'information sur les risques).
- Contrôler le respect des obligations de substitution : poursuivre les campagnes de contrôle engagées dans les secteurs de la métallurgie, du BTP (chantier de désamiantage), de la plasturgie, du secteur de la maintenance et réparation, en ciblant plus particulièrement les PME.
- Mener des actions d'information et de contrôle ciblées sur les poussières de bois, le benzène, le toluène, l'éthyl-benzène, le xylène et les produits phytosanitaires notamment dans le secteur agricole et chez les artisans et commerçants du régime AMPI.
- Inciter à la mise en conformité au niveau de l'empoussièrement des entreprises de la transformation du bois.

2.5

Argumentaire

L'enquête de surveillance médicale des risques professionnels SUMER 2003 montre que la part des salariés exposés aux produits chimiques a progressé. Les multi-expositions et les expositions longues s'accroissent aussi.

En Franche-Comté plus de 34 000 salariés font l'objet d'une surveillance médicale renforcée du fait de l'exposition au risque chimique.

Les expositions professionnelles sont mieux prises en compte dans les causes des cancers. Les déclarations des cancers professionnels en Franche-Comté sont passées de 10 par an jusqu'à 2002 à 42 en 2003. 86 % de ces déclarations sont en lien avec une exposition professionnelle antérieure à l'amiante.

Une réduction de l'exposition des salariés aux produits les plus dangereux tels que les agents Cancérogènes, Mutagènes et Reprotoxiques (CMR) s'appuie sur

l'obligation pour l'entreprise de substituer chaque fois que cela est techniquement possible et de réduire les expositions résiduelles.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Cet objectif régional décline les orientations nationales de la Loi relative à la politique de santé publique (objectif 17), du Plan national santé environnement (objectifs 23 et 24), du Plan national de lutte contre le cancer (mesure 13) et du Plan santé travail (fiche 4.9).

Textes de référence

- ▶ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 17
- ▶ Plan national de lutte contre le cancer : 2003-2007 : mesure 13
- ▶ Plan national santé environnement 2004 - 2008 : objectifs 23 et 24
- ▶ Plan santé au travail 2005 - 2009

→ INDICATEURS

Les indicateurs seront définis dans le cadre du Plan régional santé au travail

2.6

Objectif 2.6

Réduire le nombre de troubles musculo-squelettiques (TMS) liés au travail.

- Établir une convention CRAM/DRTEFP pour définir des indicateurs de maladies professionnelles reconnues.
- Développer l'observation des « maladies à caractère professionnel » en lien avec l'InVS.
- Mettre en place une démarche d'aide au diagnostic auprès de 170 entreprises ainsi que le plan d'actions associé.
- Créer et animer des clubs d'entreprise sur les TMS.
- Modéliser les conditions d'une prévention durable des TMS au sein des entreprises. Cette action est développée par le Ministère du travail en lien avec l'ANACT dans 4 régions dont la Franche-Comté. Dans la région, l'action cible trois secteurs professionnels : métallurgie, plasturgie, agroalimentaire.

Argumentaire

Les troubles musculo-squelettiques regroupent un ensemble d'affections péri-articulaires touchant les tissus mous (muscles, tendons, nerfs, vaisseaux, cartilages) des membres et du dos. Les plaintes musculo-squelettiques sont le problème de santé au travail le plus répandu en Europe. Le coût humain des TMS est considérable (douleurs et gênes dans le travail et la vie quotidienne, séquelles fonctionnelles parfois irréversibles, absentéisme au travail et risque de perte d'emploi) et leur impact sur la performance globale, dont économique, des entreprises est également important.

En Bourgogne et Franche-Comté, de 2000 à 2002 les TMS déclarés et reconnus en maladies professionnelles ont augmenté de 35 %. Ils représentent 86 % des maladies professionnelles déclarées et reconnues alors qu'ils n'en représentent que 67 % en France en 2002. En ce qui concerne la gravité des TMS, de 2000 à 2002, on relève une augmentation de 60 % du nombre des indemnités attribuées aux cas graves laissant des séquelles irréversibles.

Les entreprises ont besoin d'appui et d'incitation pour engager des actions de correction et de prévention des TMS liés aux expositions professionnelles.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Cet objectif régional décline les orientations nationales de la Loi de santé publique (objectif 15).

Textes de référence

- ▶ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 15
- ▶ Programme 4 de la mission travail

→ INDICATEUR

Nombre de TMS reconnus.

2.7

Objectif 2.7

Prévenir les risques spécifiques liés au milieu agricole.

- Améliorer la prise en charge et la prévention des affections respiratoires professionnelles en particulier agricole.
- Former des secouristes en agriculture et en milieu rural.

Argumentaire

De 6 à 10 % de la population agricole de la région suivant la zone géographique d'habitat est atteinte par des pathologies respiratoires agricoles : rhinite, asthme, poumon de fermier, bronchite chronique agricole et nécessite des conseils adaptés.

La France manque de secouristes, les taux d'accidents en forêt et dans l'élevage bovin laitier, de 14 % et 10 %

respectivement, justifient des mesures de prévention et des sensibilisations de toute nature, dont la formation de secouristes qui peuvent jouer un rôle de relais de sécurité et de formateurs au secourisme en milieu rural. Ce chantier a débuté en 2005 à l'initiative de la MSA en accord avec les SDIS.

2

LUTTER
CONTRE
LES RISQUES
LIÉS À
L'ENVIRONNEMENT
ET AU TRAVAIL

Objectifs
prioritaires

2 LUTTER CONTRE LES RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT ET AU TRAVAIL

Programme de travail complémentaire

→ PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À L'HABITAT

Réduire le nombre de personnes vivant en habitat indigne.

■ Mettre en place un dispositif régional de lutte contre l'habitat indigne.

■ Mettre en place un dispositif départemental de lutte contre l'habitat indigne.

Argumentaire

Dans une région de taille moyenne comme la Franche-Comté, il n'est pas connu de zones ou quartiers avec une forte proportion d'habitat indigne comme c'est le cas dans les grandes agglomérations : l'habitat indigne est diffus et il est ainsi difficile d'identifier des zones prioritaires pour mener des actions ciblées. La difficulté repose donc sur le développement d'outils de repérage de l'insalubrité. L'articulation entre les nombreux protagonistes doit être améliorée pour une meilleure gestion en particulier sur la question du relogement. Enfin, il est constaté l'hétérogénéité des dispositifs de lutte contre l'habitat indigne mis en place dans les quatre départements de la région.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Cet objectif décline l'objectif 19 du Plan national santé environnement visant à « Protéger la santé des populations vivant en habitat insalubre ».

Texte de référence

► Plan national santé environnement 2004 - 2008 : objectif 19

→ INDICATEUR

Nombre de réunions / an du « comité régional de l'habitat »
Nombre de réunions / an des « comités départementaux de l'habitat »

Réduire la mortalité par intoxication au monoxyde de carbone.

■ Mettre en place le nouveau dispositif de surveillance des cas avérés d'intoxications au monoxyde de carbone.

■ Mener des actions de prévention et d'information du public.

Argumentaire

Un nouveau dispositif départemental et régional de surveillance des intoxications au monoxyde de carbone (CO) est mis en place depuis le 1^{er} janvier 2005. Il vise à ce que toute personne ayant connaissance d'un cas d'intoxication le signale à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS). Le service Santé Environnement de la DDASS ou le Service Communal d'Hygiène et de Santé (SCHS) se proposent alors auprès des personnes impliquées de réaliser une enquête environnementale afin de connaître l'origine de l'intoxication et éviter qu'elle ne se reproduise. Les données collectées dans le cadre de cette surveillance

permettent d'établir un bilan annuel et de mieux connaître les causes d'intoxications dans le but de mettre en place des mesures de prévention adaptées.

Depuis 2000, on dénombre en moyenne 60 personnes intoxiquées dans le cadre de 20 affaires d'intoxication sur une année. Début 2005, des intoxications collectives ont eu lieu dans une église et une école en Franche-Comté impliquant au total plus de 300 personnes et donnant lieu à 35 hospitalisations.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Cet objectif régional décline les orientations nationales de la Loi relative à la politique de santé publique (objectif 23) et du Plan national santé environnement (objectif 2).

Textes de référence

► Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 23

► Plan national santé environnement 2004 - 2008 : objectif 2

→ INDICATEURS

Nombre annuel d'affaires d'intoxications au CO
Nombre annuel de cas d'intoxication au CO.

Améliorer la prévention du saturnisme infantile.

■ Mettre en place les dispositions prévues par la Loi relative à la politique de santé publique.

■ Intégrer la problématique du saturnisme infantile dans la lutte contre l'habitat indigne.

Argumentaire

En Franche-Comté, le principal risque d'exposition au plomb provient des peintures. Il existe également quelques communes identifiées en Haute-Saône présentant un risque hydrique du fait des caractéristiques physico-chimiques de l'eau du réseau. Il n'est pas pointé de site industriel émettant des quantités importantes de plomb.

Des campagnes de dépistage du saturnisme ont eu lieu dans les 4 départements de la région :

■ en Haute-Saône, la campagne menée en 2002-2003 a ciblé 1 000 enfants âgés de 3 ans et habitant dans des communes présentant un risque hydrique : 8 cas ont été dépistés (12 avec la fratrie) ;

■ dans le Territoire de Belfort, la campagne a eu lieu en 2003-2004 et a ciblé 500 enfants âgés de 3 ans et habitant dans des communes présentant notamment une forte proportion d'habitat ancien : aucun cas de saturnisme n'a été dépisté ;

■ forte de l'expérience des deux autres départements, en 2004-2005 la campagne dans le Doubs et le Jura a ciblé les enfants âgés de 1 à 6 ans habitant deux communes de taille moyenne avec une très forte proportion d'habitat ancien. Les efforts ont été centrés sur deux petites communes pour se donner la chance de déceler les situations à risque c'est à dire les enfants

vivant dans un habitat ancien et dégradé : aucun cas de saturnisme n'a été dépisté.

Suite à ces campagnes, la stratégie de détection des cas de saturnisme infantile dans la région repose sur la détection des situations à risque :

- par l'intermédiaire des services sociaux ;
- à partir des diagnostics plomb réalisés en cas de vente des logements datant d'avant 1949 ;
- lors des enquêtes d'insalubrité.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Cet objectif régional décline les orientations nationales de la Loi de santé publique (objectif 18) et du Plan national santé environnement (objectif 25).

Textes de référence

► Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 18

► Plan national santé environnement 2004 - 2008 : objectif 25

→ INDICATEUR

Nombre annuel de cas de saturnisme infantile.

Améliorer la qualité des bâtiments recevant des enfants.

■ Intégrer un volet santé lors du contrôle des règles de construction.

■ Organiser une journée de sensibilisation des professionnels sur les problèmes de santé dans le bâtiment.

■ Réduire l'exposition au bruit dans certains établissements accueillant des enfants.

Argumentaire

Dans les établissements recevant du public, y compris ceux accueillant des enfants, on peut retrouver tous les polluants classiques de l'air intérieur : radon, plomb, monoxyde de carbone, bruit, composés organiques volatils (COV)...

Certains établissements accueillant des enfants, tels que les restaurants scolaires, les crèches, les salles de repos des maternelles ou les locaux de sports, sont souvent trop bruyants et occasionnent la fatigue, le stress de ceux qui les fréquentent.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Cet objectif régional décline les orientations du Plan national santé environnement (objectif 29).

Texte de référence

► Plan national santé environnement 2004 - 2008 : objectif 29

→ INDICATEUR

Pourcentage de bâtiments ciblés ayant fait l'objet d'un diagnostic bruit.

2

LUTTER
CONTRE
LES RISQUES
LIÉS À
L'ENVIRONNEMENT
ET AU TRAVAIL

Programme
de travail
complémentaire

Réduire les niveaux de bruit dus aux infrastructures routières et ferroviaires.

- Créer un observatoire régional du bruit.

Argumentaire

La circulaire du 25 mai 2004 énonce les modalités de mise en œuvre de l'observatoire du bruit des transports terrestres ainsi que la démarche à mener pour prévenir, recenser et réaliser des opérations de résorption des points noirs dus au bruit des réseaux routiers et ferroviaires nationaux.

En Franche-Comté, le Préfet a décidé de mettre en place un observatoire régional du bruit des transports terrestres ayant pour objectifs de :

- établir le classement sonore des infrastructures de transports terrestres et fixer la réglementation acoustique des bâtiments neufs dans les secteurs affectés par le bruit ;

- recenser les points noirs dus au bruit des réseaux routiers et ferroviaires nationaux et rendre cette information disponible auprès du public (la priorité sera donnée aux zones urbaines) ;

- élaborer un plan de résorption des points noirs identifiés en privilégiant la réduction du bruit à la source ;

- assurer le suivi de la résorption des points noirs.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Cet objectif régional décline les orientations nationales de la Loi de santé publique (objectif 24).

Il correspond à l'action 10 du Projet d'Action Stratégique de l'État en Région (PASER).

Textes de référence

▶ *Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 24*

▶ *Projet d'action stratégique de l'État en région : action 10*

→ INDICATEURS

Nombre de points noirs identifiés
Nombre de points noirs résorbés.

→ PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À L'EAU ET AUX ALIMENTS

Diviser par deux d'ici 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées pour les paramètres microbiologiques et les pesticides.

Objectifs complémentaires :

- Rechercher et réduire les rejets de substances dangereuses dans l'eau par les établissements industriels (approche métaux lourds).

- Trouver une solution régionale pour traiter les laits contaminés par une zoonose.

Argumentaire

Une bonne qualité écologique des eaux garantit l'approvisionnement de la population en eau potable, facteur déterminant de santé. Les rejets de substances dangereuses dans l'eau doivent être réduits progressivement : il s'agit des micropolluants toxiques comme les métaux lourds, les perturbateurs endocriniens, les substances médicamenteuses humaines et vétérinaires, les agents infectieux, les toxines algales. Les décisions concernant ces rejets doivent être prises à un niveau aussi proche que possible des lieux d'utilisation ou de dégradation de l'eau.

La déclinaison du programme national de recherche et réduction des rejets de substances dangereuses

dans l'eau émises par les installations classées pour la protection de l'environnement, relevant de la compétence du Ministère de l'Écologie et du Développement Durable, a débuté fin 2002 en Franche-Comté. Un comité de pilotage, animé par la DRIRE, est chargé de planifier le déroulement au plan régional de l'opération. Il réunit les services de l'État intéressés, des représentants du Conseil Régional, des industriels représentés par la Chambre régionale de commerce et d'industrie, l'Agence de l'Eau, l'Institut National de l'Environnement Industriel et des Risques, des associations de protection de l'environnement et de consommateurs.

Sur la base des critères nationaux et des connaissances locales, ce comité a élaboré une liste de 132 établissements de la région susceptibles de rejeter des substances dangereuses ou toxiques dans leurs effluents aqueux. Les industriels concernés ont été invités à adhérer volontairement à l'action, 94 entreprises se sont déclarées volontaires. Par ailleurs, une dizaine de collectivités ont décidé de se joindre à l'opération au travers de l'ASCOMADE.

Une exploitation des données sera effectuée par l'INERIS pour le compte du Ministère de l'Écologie et du Développement Durable. Elle permettra de déterminer dans chaque région les actions de réduction prioritaires à engager.

Par ailleurs, le devenir des laits de la filière « lait cru » de l'industrie laitière franc-comtoise, lors d'épisodes de contamination par des agents infectieux, comme la tuberculose bovine, n'est pas organisé. L'élimination de ces laits susceptibles d'être contaminés et refusés pour l'usage alimentaire reste à charge de l'éleveur : une

pollution des eaux et des sols par des agents infectieux pathogènes risque de survenir dans ce contexte.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

L'adoption de la directive 2000/60/CE du 23 octobre 2000 établissant un cadre pour une politique communautaire dans le domaine de l'eau rappelle et renforce les orientations communautaires relatives au bon état des écosystèmes aquatiques. En particulier, l'article 22 de cette directive vise à renforcer la protection de l'environnement aquatique par des mesures spécifiques conçues pour réduire - voire supprimer - progressivement les rejets, émissions et pertes de substances prioritaires ou dangereuses dans l'eau. Dans ce cadre, le Ministère chargé de l'Environnement a lancé, le 4 février 2002, une action nationale de recherche et de réduction des rejets de substances dangereuses (87 micropolluants toxiques) dans l'eau par les installations classées ; 5 000 établissements sont concernés au plan national, sur une durée de 5 ans.

Texte de référence

■ Directive 2000/60/CE du 23 octobre 2000 établissant un cadre pour une politique communautaire dans le domaine de l'eau : article 22

→ INDICATEURS

Nombre d'établissements ayant finalisé la phase diagnostic
Nombre d'établissements pour lesquels un plan d'action est nécessaire
Pourcentage de programmes de réduction engagés par rapport au nombre prévu
Mise en place d'une procédure régionale pour l'élimination des laits contaminés.

Diminuer le risque sanitaire dû à la baignade.

■ Évaluer le risque lié à la prolifération des cyanobactéries dans l'eau de baignade.

Argumentaire

Le développement de cyanobactéries toxiques dans les eaux de baignade et de loisirs nautiques en eau douce constitue un problème sanitaire émergent. Les cyanobactéries surviennent lors d'un boom algal favorisé par l'élévation de température, une faible agitation du milieu et la présence de nutriments dans les eaux. Actuellement, il n'y a pas de méthode reconnue permettant d'éliminer les cyanobactéries dans les plans d'eau. Seule la réduction des rejets de phosphore et d'azote dans l'eau constitue une solution durable.

Il n'existe pas actuellement de normes sanitaires réglementaires française ou européenne pour les eaux de baignade concernant la présence de cyanobactéries ou de leurs toxines (le projet de révision de la directive sur la qualité des eaux de baignade prévoit cependant de faire figurer ce paramètre). La circulaire DGS n° SD7A/2003/ 270 du 4 juin 2003 constitue le texte de référence. Le suivi visuel quotidien du plan d'eau permet la détection des proliférations algales et la mise en

œuvre de recherches quantitatives.

Les cyanobactéries sont à l'origine de troubles somatiques tels que des démangeaisons, des gastro-entérites aiguës, voire des atteintes neurologiques. Une exposition chronique peut engendrer des altérations hépatiques et des troubles de la reproduction.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

L'action 13 du Plan national santé environnement cible la diminution des risques sanitaires dus à la baignade d'origine microbiologique, chimique, et toxico-infectieux.

Texte de référence

■ Plan national santé environnement 2004 - 2008 : objectif 13

→ INDICATEURS

Nombre d'analyses de recherche algale et de concentration de cyanotoxines
Nombre de professionnels sentinelles (maîtres-nageurs...) entrant dans le dispositif de signalement des proliférations algales
Mise en place d'informations pour les sentinelles.

2

LUTTER
CONTRE
LES RISQUES
LIÉS À
L'ENVIRONNEMENT
ET AU TRAVAIL

Programme
de travail
complémentaire

→ PRÉVENTION DES RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT EXTÉRIEUR

Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques : respecter les valeurs limites européennes 2008.

■ Réduire les émissions industrielles de dioxines, de chlorure de vinyle monomère et de mercure.

■ Réduire les émissions industrielles d'oxyde d'azote (Nox) et de composés organiques volatils (COV) des installations industrielles.

■ Réduire la pollution du résidentiel tertiaire.

■ Réduire les émissions en particules diesel des flottes de bus des autorités organisatrices des transports.

■ Promouvoir les modes de déplacements alternatifs.

seuils réglementaires pour l'ozone, plus rarement pour le dioxyde d'azote. En 2004, seul le benzène présentait une légère hausse par rapport aux années précédentes.

Il est cependant démontré des effets sur la santé même à des niveaux faibles de pollution. La pollution de l'air peut provoquer des effets sur le court terme (inflammations de la muqueuse bronchique, toux sèche, difficultés respiratoires) et sur le long terme (cancer du poumon, maladies cardio-vasculaires).

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Cet objectif régional décline les orientations nationales de la Loi relative à la politique de santé publique (objectifs 20 et 21) et du Plan national santé environnement (objectifs 4, 5, 6, 7, 8 et 9).

Textes de référence

▶ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectifs n° 20 et 21

▶ Plan national santé environnement : objectifs 4, 5, 6, 7, 8 et 9

Argumentaire

En Franche-Comté, la surveillance de la qualité de l'air est assurée par deux associations de surveillance : l'ASOAB dans le sud de la région et l'ARPAM dans le nord. Les niveaux de pollution mesurés sont globalement satisfaisants : quelques jours de dépassement des

→ INDICATEURS

Dans les villes disposant d'un système de surveillance de la qualité de l'air :

- concentration en dioxyde d'azote
- concentration en poussières
- concentration en benzène
- concentration en ozone.

→ PRÉVENTION DES RISQUES EN MILIEU DU TRAVAIL

Réduire le nombre d'accidents routiers liés au travail.

■ Impliquer les services de santé au travail (colloques sur les conditions ergonomiques des postes de conduite, convention service de santé au travail/CRAM/DRTEFP).

■ Améliorer l'équipement des véhicules utilitaires légers (carnet de bord pour l'entretien des véhicules...).

■ Insérer la prévention des accidents du travail routiers dans le champ d'action des intervenants en prévention des risques professionnels.

■ Introduire le risque routier dans les documents d'évaluation des risques dans les entreprises.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Cet objectif régional décline les orientations nationales de la Loi de santé publique (objectif 14) et du Plan santé travail (fiche 4.8).

Textes de référence

▶ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 14

▶ Plan santé au travail 2005-2009 : objectif 4.8

▶ Documents généraux d'orientation en sécurité routière départementaux

▶ Programme d'action 2002-2005 du comité de pilotage national pour la prévention du risque routier encouru par les salariés

→ INDICATEURS

Nombre d'accidents routiers mortels liés au travail par branche (accidents de mission et accidents de trajet)
Nombre de correspondants à la sécurité en entreprise et Intervenants en Prévention des Risques Professionnels (IPRP) formés.

Argumentaire

Les accidents routiers survenant au travail (ou « accidents de mission ») sont la première cause d'accidents mortels au travail pour les salariés. Plus de 10 % des tués sur la route sont des salariés en circulation (trajets : domicile - lieu de travail ou missions professionnelles). Deux sur trois des décès dans le cadre du travail, ont lieu sur la route.

Mieux prévenir les risques psychosociaux sur les lieux du travail.

■ Qualifier les partenaires en risques psychosociaux comme intervenants en prévention des risques professionnels.

■ Engager par des démarches de contractualisation avec l'Etat les services de santé au travail dans une démarche d'appui à l'évaluation des risques psychosociaux en entreprise.

Argumentaire

La prégnance des risques psychosociaux sur le lieu de travail (stress, violence, pratiques addictives...) est de plus en plus fréquemment présentée comme constituant une menace sérieuse pour l'intégrité physique et mentale des salariés.

Les partenaires européens ont d'ailleurs conclu un important accord sur le stress au travail le 8 octobre 2004 qui témoigne d'une réelle sensibilisation des acteurs du monde du travail.

Le phénomène tend à s'étendre : les facteurs psychosociaux arrivent en tête des risques professionnels auxquels les actifs s'estiment les plus exposés. Les conséquences sont notamment sanitaires : troubles musculo-squelettiques, angoisses et troubles dépressifs, maladies cardio-vasculaires peuvent en découler.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Cet objectif décline les orientations du Plan santé au travail (fiche 4.2).

Texte de référence

■ *Plan santé au travail 2005-2009 : objectif 4.2*

→ INDICATEURS

Les indicateurs seront définis dans le cadre du Plan régional santé au travail.

2

LUTTER
CONTRE
LES RISQUES
LIÉS À
L'ENVIRONNEMENT
ET AU TRAVAIL

Programme
de travail
complémentaire

PERMETTRE UNE
PRISE EN CHARGE
PRÉCOCE DES
PROBLÈMES DE SANTÉ
EN DÉVELOPPANT
LE DÉPISTAGE ET
L'ACCÈS AUX SOINS

OBJECTIF STRATÉGIQUE N°

3

▣ Objectifs
prioritaires
p. 48

▣ Programme
de travail
complémentaire
p. 54

3 PERMETTRE UNE PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES PROBLÈMES DE SANTÉ EN DÉVELOPPANT LE DÉPISTAGE ET L'ACCÈS AUX SOINS

Objectifs prioritaires

DÉTERMINANTS DE SANTÉ

→ NUTRITION

3.1

Objectif 3.1

Mieux dépister et mieux prendre en charge l'obésité de l'enfant et de l'adolescent.

- Former les professionnels de santé au repérage de l'obésité et à un début de prise en charge.
- Engager les institutions à intégrer ces procédures de dépistage dans leurs protocoles de travail habituel.
- Favoriser la participation des services de promotion de la santé en faveur des élèves au dépistage précoce du risque de surpoids ou du surpoids chez les enfants.
- Développer le réseau REPOP FC.

Argumentaire

La Franche-Comté est moins touchée par l'obésité des enfants et des adolescents que la moyenne nationale :

- pour les enfants en grande section de maternelle (5-6 ans) au cours de l'année scolaire 1999-2000, la Franche-Comté est la deuxième région la moins touchée par le surpoids (11,6 % pour une moyenne française de 14,4 %). Pour l'obésité, elle est également la deuxième région la moins touchée, à égalité avec trois autres régions (3 % pour une moyenne nationale de 3,9 %) ;
- en 2000-2001, au niveau national, 15,7 % des élèves de 3^e sont en surpoids, dont 3,3 % sont en situation d'obésité. Pour la zone Est (Alsace, Lorraine et Franche-Comté), l'obésité concerne 3,5 % des élèves.

Source : DREES enquêtes en milieu scolaire.

Cependant, l'incidence franc-comtoise actuelle, même inférieure à la moyenne nationale fait que 34 000 enfants de la région sont en surpoids ou obésité. Source : REPOP FC.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Le dépistage et la prise en charge participent à l'objectif national d'interruption de la croissance de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants (objectif n° 12 de la Loi relative à la politique de santé publique, Programme national nutrition santé). C'est également un objectif de la déclinaison régionale du Programme national nutrition santé en Franche-Comté 2003 - 2005.

Textes de référence

- ▶ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 12
- ▶ Programme national nutrition santé 2001 - 2005 et sa déclinaison régionale 2003 - 2005
- ▶ Programme régional commun de l'assurance maladie

→ INDICATEUR

Prévalence de l'obésité et du surpoids chez les enfants.

3.2

Objectif 3.2

Mieux prévenir la dénutrition chez la personne âgée par des actions tenant compte de son état psychique et physique (notamment bucco-dentaire).

■ Sensibiliser les personnes âgées vivant au domicile, notamment précaires, à une alimentation équilibrée et adaptée à leurs besoins et favoriser / maintenir le désir et le plaisir de bien se nourrir.

■ Former les professionnels au repérage / dépistage des signes de malnutrition / dénutrition.

■ Soutenir et promouvoir la mise en place d'actions en réseau permettant de maintenir une alimentation de qualité, soit pour les personnes dépendantes vivant à leur domicile, soit pour les personnes vivant en institution.

■ Développer les actions des Comités de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) des établissements de santé et inciter à la mise en place de nouveaux CLAN.

■ Mettre en place un bilan bucco-dentaire pour des groupes de personnes âgées définis en fonction de risques avérés.

Argumentaire

Il n'y a pas de données au niveau régional sur la dénutrition chez les personnes âgées.

Au niveau national, le nombre de personnes dénutries âgées de plus de 70 ans est estimé à un nombre entre 350 000 à 500 000 pour celles vivant à domicile et entre 100 000 à 200 000 pour celles vivant en institution.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

L'objectif n° 98 de la Loi relative à la politique de santé publique est de réduire de 20 % le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries.

Les objectifs régionaux sont définis en termes stratégiques (en lien direct avec le PAPA : Programme de Préservation de l'Autonomie des Personnes Âgées).

Textes de référence

▶ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 98

▶ Programme national nutrition santé 2001 - 2005

▶ Programme de préservation de l'autonomie des personnes âgées CNAM CNAV

▶ Programme régional commun de l'assurance maladie

→ INDICATEURS

Nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries
Nombre de CLAN mis en place effectivement dans les établissements de santé.

MALADIES ET PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES

→ CANCER

3.3

Objectif 3.3

Réduire le pourcentage de cancers du sein diagnostiqués à un stade avancé parmi les cancers dépistés.

■ Atteindre un taux de participation au dépistage organisé de 80 % chez les femmes de 50 à 74 ans de l'ensemble de la région.

Argumentaire

Avec 736 nouveaux cas pour l'année 2000 en Franche-Comté, le cancer du sein représente 35 % des cancers de la femme et se situe au premier rang des cancers féminins.

L'incidence est maximale dans la tranche d'âge des 55-64 ans.

Avec 209 décès en 1999, ce cancer représente 20 % des décès par cancer de la femme et se situe au premier rang des décès par cancer en Franche-Comté.

Le nombre de nouveaux cas a doublé entre 1980 et

2000, par contre, la mortalité est restée stable.

Source : *Épidémiologie du cancer en Franche-Comté : incidence et mortalité de 1980 à 2000. Registre des tumeurs du Doubs, ORS de Franche-Comté. Septembre 2004*

L'objectif est de donner des chances supérieures de guérison par un diagnostic plus précoce aux femmes de 50 à 74 ans atteintes d'un cancer. Un cancer diagnostiqué précocement permet en outre des traitements moins pénibles et moins invalidants.

3

PERMETTRE UNE
PRISE EN CHARGE
PRÉCOCE DES
PROBLÈMES DE
SANTÉ EN
DÉVELOPPANT
LE DÉPISTAGE ET
L'ACCÈS AUX SOINS

Objectifs
prioritaires

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

C'est un des objectifs de la Loi de santé publique (atteindre le taux de couverture du dépistage de 80 % en 2008) et le plan cancer a prévu en 2003 la généralisation du dépistage organisé du cancer du sein.

La Loi relative à la politique de santé publique prévoit que les mesures de dépistage comportent un programme spécifique pour les populations confrontées à l'exclusion (article 34).

Un dispositif régional de dépistage organisé a été mis en œuvre en Franche-Comté en septembre 2003, assuré par l'Association pour le Dépistage des Cancers en Franche-Comté (ADECA). Le nombre de mammographies / nombre d'invitations pour lesquelles une mammographie était réalisable est pour la région de 57,4 % du 29/09/2003 au 30/06/2004. *Source : ADECA*

Des actions spécifiques pour les femmes en situation de difficulté d'accès au dépistage (âge supérieur à 70 ans, isolées ou en situation de précarité) doivent être mises en place.

Le recueil des données d'anatomopathologie doit permettre de suivre les stades au diagnostic.

Textes de référence

► *Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 50*

► *Plan national de lutte contre le cancer 2003 - 2007 : mesure 21*

► *Programme régional commun de l'assurance maladie*

→ INDICATEURS

Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein des femmes âgées de 50 à 74 ans
Stade des cancers dépistés dans le cadre du dépistage organisé..

Objectif 3.4

Améliorer le dépistage du cancer colo-rectal.

■ *Mettre en place un dispositif de dépistage organisé du cancer colo-rectal auprès des hommes et des femmes de 50 à 74 ans d'ici fin 2006.*

■ *Atteindre un taux de participation au dépistage organisé du cancer colo-rectal de 50 % chez les hommes et les femmes de 50 à 74 ans de la région en 2007.*

3.4

Argumentaire

En Franche-Comté, le nombre de nouveaux cas de cancer du côlon-rectum est de 674 en 2000 et la mortalité est de 290 en 1999. Le taux standardisé d'incidence chez les hommes (58,7 pour 100 000) est identique à celui de la France (59,2 pour 100 000). Le taux standardisé d'incidence des Franc-Comtoises (35,4 pour 100 000) est inférieur à celui de la France (37 pour 100 000). Les taux standardisés régionaux de mortalité chez les hommes (25 pour 100 000) et chez les femmes (13,8 pour 100 000) sont comparables au niveau national.

Le cancer colo-rectal est au 3^e rang chez les hommes et au 2^e rang chez les femmes pour l'incidence et la mortalité. L'incidence a augmenté au cours des vingt dernières années de 18 % chez les hommes (France : + 20 %) et de 13 % chez les femmes (France : + 15 %).

La mortalité a diminué non significativement entre 1990 et 1999 chez les hommes (- 7 %) et chez les femmes (- 12 %). *Source : Epidémiologie du cancer en Franche-Comté : incidence et mortalité de 1980 à 2000. Registre des tumeurs du Doubs, ORS de Franche-Comté. Septembre 2004*

Ce cancer est accessible au dépistage.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

L'objectif de la Loi relative à la politique de santé publique est de définir d'ici quatre ans une stratégie nationale de dépistage.

Aucun des départements de Franche-Comté ne fait partie des 23 départements pilotes existant actuellement.

Ce dépistage sera organisé par l'ADECA, structure régionale de dépistage des cancers.

Le taux de participation cible au niveau de la région sera déterminé en fonction de celui qui sera fixé au niveau national, mais devrait être au moins égal à 50 % pour être efficace.

Textes de référence

► *Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 53*

► *Plan national de lutte contre le cancer 2003 - 2007 : mesure 24*

→ INDICATEUR

Taux de participation au dépistage organisé des hommes et des femmes de 50 à 74 ans.

Objectif 3.5

Favoriser le repérage des troubles dépressifs chez la personne âgée dans le but d'améliorer la réponse aux besoins de prévention et de prise en charge.

- Définir une zone pilote appropriée par département.
- Établir la stratégie de mise en œuvre du dispositif de repérage des troubles dépressifs chez la personne âgée.

3.5

Argumentaire

Les troubles dépressifs constituent un problème de santé publique de par leur prévalence dans l'ensemble de la population. Un repérage de ces troubles doit donc être mis en place.

Cependant, la population prioritaire au niveau régional sera dans un premier temps les personnes âgées. En effet, au niveau européen, la France a le taux de suicide le plus élevé pour les personnes âgées. Au niveau national, c'est dans la tranche d'âge des personnes âgées de 75 ans et plus que les taux de mortalité par suicide sont les plus forts, 3,5 fois plus que chez les 15 - 44 ans. L'isolement, la perte du conjoint sont souvent les facteurs conduisant la personne âgée au suicide.

Les troubles dépressifs sont déclarés par 8 % des personnes âgées vivant à domicile et cette pathologie représente 5 % des motifs de recours aux soins de ville : ce poids relativement faible parmi les motifs de soins de ville est à rapprocher de la difficulté à reconnaître la dépression chez la personne âgée. *Source : Recueil des problèmes de santé en France. HCSP décembre 2002.* Or, la part des personnes de 60 ans et plus atteint 21 %.

Par ailleurs, la Franche-Comté dispose d'un Observatoire Hospitalier des Tentatives de Suicide (T.S) dans la région. Les résultats couvrant la période 2000 -2003 permettent un premier constat :

- la T.S. est un phénomène qui concerne principalement les sujets jeunes et de sexe féminin ;
- le décès par suicide est plus fréquent chez les sujets âgés et de sexe masculin ;
- la Haute-Saône apparaît à risque élevé tant par l'incidence des T.S. que pour le risque de récurrence et pour la mortalité par suicide ; le Jura présente des risques de T.S. et décès par suicide plus faibles que dans l'ensemble de la région ; le Doubs se situe dans la moyenne régionale et le Territoire de Belfort a une incidence des T.S. faible mais un taux de mortalité par suicide élevé.

Enfin, les bilans d'actions conduites au sein du Programme régional de santé dépression - suicide chez les jeunes et les personnes âgées 1998-2003 de Franche-Comté ont démontré une réelle dynamique et mobilisation des acteurs impliqués. L'atteinte de cet objectif repose sur les bases d'un tel partenariat.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Au niveau national, l'objectif 92 de la Loi de santé publique est de réduire de 20 % le nombre des suicides en population générale d'ici à 2008 (passer d'environ 12 000 à moins de 10 000 décès par suicide et par an).

L'axe IV du Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 est de mettre en œuvre des programmes spécifiques, notamment :

- en agissant en amont de la dépression par le repérage des troubles dépressifs ;
- en renforçant les capacités de repérage, par les acteurs de 1^{re} ligne et les professionnels de soins primaires, des enfants et des adolescents présentant des signes de souffrance ou des troubles psychiques et en répondant aux besoins de prévention et de prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées dans un cadre global et cohérent.

Textes de référence

- ▶ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 92
- ▶ Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 : axe IV

→ INDICATEUR

Détermination d'une zone pilote par département (phase pilote 2006).

3

PERMETTRE UNE PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES PROBLÈMES DE SANTÉ EN DÉVELOPPANT LE DÉPISTAGE ET L'ACCÈS AUX SOINS

Objectifs prioritaires

Objectif 3.6**Faciliter et renforcer l'accès aux systèmes de santé pour les personnes en situation de précarité ou d'exclusion.**

■ Améliorer et renforcer l'accès aux soins de santé des personnes démunies par une démarche cohérente et coordonnée d'accompagnement.

■ Favoriser le repérage de la souffrance psychique et améliorer la réponse à apporter, notamment en matière d'écoute et d'orientation, des personnes en situation de précarité ou d'exclusion.

3.6

Argumentaire

Faciliter les accès aux systèmes de santé et accompagner les personnes démunies dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits est un axe prioritaire des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).

Un des dispositifs existants qui permet à ces personnes d'accéder à cette reconnaissance de leurs droits et aux dits systèmes de santé est la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS). La Franche-Comté compte cinq PASS.

Or, au niveau régional, l'évaluation de ces dernières dans le cadre du suivi du PRAPS. 2^e génération a permis de mettre en évidence l'importance de renforcer les PASS. en leur donnant les moyens d'assurer l'intégralité de leur mission dont un des champs est, en qualité de relais, l'accompagnement de la personne vers une prise en charge sanitaire et sociale coordonnée et efficace. Cet accompagnement doit permettre la reconnaissance des droits mais également en prévenir la rupture, permettre l'accès aux soins mais également en favoriser le suivi. Il nécessite, par ailleurs, un renforcement de la coordination avec les travailleurs sociaux et professionnels de santé dans et hors secteur hospitalier.

En outre, il est important de favoriser la mise en place de tels dispositifs dès lors que des besoins ont été clairement identifiés.

Quelques données régionales au 31 décembre 2004 :

■ 59 501 personnes étaient bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC).

Sources : CPAM, CMR, MSA

■ 1 810 assurés avaient été contactés dans le cadre de l'aide à la mutualisation. Cette dernière était une aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire pour les personnes dont les revenus dépassaient le plafond d'acquisition de la CMUC (jusqu'à 12,7 % à compter d'avril 2004). 834 personnes sont entrées dans ce dispositif.

Sources : CPAM, CMR

■ depuis 2005, le crédit d'impôt supplée l'aide à la mutualisation. Les personnes dépassant de 15 % maximum le plafond de ressources de la CMUC remplissant toutes les autres conditions d'attribution reçoivent « une attestation de droit à déduction sur les cotisations ou primes de protection complémentaire santé » établie par la caisse d'assurance maladie, valable 6 mois à remettre à l'organisme de protection complémentaire santé. En 2005,

cette déduction s'élevait à 75 € pour le bénéficiaire âgé de 16 à 24 ans, 150 € pour le bénéficiaire âgé de 25 à 59 ans et 250 € pour celui âgé de 60 ans et plus.

Compte tenu du montant de cette déduction par rapport au montant des cotisations ou primes restant à leur charge, il semble que peu de bénéficiaires aient utilisé cette attestation. Les conditions d'accès aux soins sont peu favorables pour cette tranche de la population ;

■ l'évolution du nombre de bénéficiaires de l'Aide Médicale État (AME) est la suivante : 603 bénéficiaires au 31 décembre 2003, 333 au 31 décembre 2004 soit une réduction quasi de moitié. Sources : CPAM. Cette diminution peut s'expliquer par une nouvelle disposition législative qui demande aux étrangers en situation irrégulière de justifier d'une présence de plus de trois mois en France pour pouvoir bénéficier de l'AME à compter du 1^{er} janvier 2004.

Par ailleurs, sur le plan national la couverture maladie complémentaire (appelée plus souvent mutuelle) est inégalement répartie : en 2003, un ouvrier sur 10 n'a pas de mutuelle. Source Crédoc.

Le bilan régional à mi-parcours du PRAPS 2^e génération de Franche-Comté a également mis en évidence la nécessité d'améliorer et de développer la réponse à apporter à la souffrance psychique des personnes en situation de précarité, notamment en matière d'écoute et d'orientation vers des professionnels ou des structures spécialisés.

En effet, l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale le rappelle : un contexte socio-économique difficile, le stress fragilisent d'autant plus cette population précaire. Les inquiétudes liées à leur situation et un sentiment, voire une réalité d'abandon expliquent une fréquence plus grande des dépressions, des troubles relevant du « mal-être ».

Le repérage de cette souffrance chez les personnes en situation d'exclusion (sans domicile fixe) est, quant à lui, essentiel. En effet, à côté des déterminants socio-économiques, les facteurs individuels et les trajectoires de vie tels que l'isolement aggravent cette dernière. Or, ce public marginalisé n'exprime pas ou peu ses besoins. Entendre cette souffrance et y apporter une réponse adaptée nécessitent d'aller au devant de lui.

La circulaire DHOS/02/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie souligne l'application des principes généraux d'organisation des soins (proximité, accessibilité et continuité des soins) s'impose avec d'autant plus d'acuité dans le domaine de la prise en charge de la souffrance psychique des personnes en situation de précarité et d'exclusion, que les publics ciblés sont fortement désocialisés et s'excluent de toute idée de soins ou de prise en charge institutionnelle, alors même que la plupart d'entre eux ont déjà eu à connaître l'hôpital psychiatrique et les modes de prise en charge institutionnelle.

Cette amélioration de la prise en charge implique une meilleure identification des différentes problématiques et un maillage cohérent des acteurs concernés (structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion, administrations, professionnels de santé mentale, structures de soins, travailleurs sociaux, associations).

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Objectif 61 de la Loi relative à la politique de santé publique « Psychoses délirantes chroniques, troubles

bipolaires, troubles dépressifs, troubles névrotiques et anxieux : réduire la marginalisation sociale et la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques qui sont elles-mêmes des facteurs d'aggravation ».

Objectif 4.4.1 de l'axe IV du Plan psychiatrie et santé mentale visant à favoriser la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

Objectifs stratégiques I et IV du PRAPS 2^e génération de Franche-Comté.

Textes de référence

- ▶ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectifs n° 34 et 61
- ▶ Loi du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture Maladie Universelle
- ▶ Plan psychiatrie et santé mentale : axe IV objectif 4.4.
- ▶ PRAPS II de la région Franche-Comté 2003 - 2006

→ INDICATEURS

Sur un an : nombre de personnes reçues par la PASS dont la démarche accès aux droits a abouti / nombre de personnes reçues.

Nombre de personnes en situation de précarité souffrant de troubles psychiques orientées par les associations vers des professionnels de santé mentale.

3

PERMETTRE UNE PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES PROBLÈMES DE SANTÉ EN DÉVELOPPANT LE DÉPISTAGE ET L'ACCÈS AUX SOINS

■ Objectifs prioritaires

3 PERMETTRE UNE PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES PROBLÈMES DE SANTÉ EN DÉVELOPPANT LE DÉPISTAGE ET L'ACCÈS AUX SOINS

Programme de travail complémentaire

DÉTERMINANTS DE SANTÉ

→ CONDUITES ADDICTIVES

Permettre une prise en charge plus précoce des jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psycho-actives.

■ *Évaluer les consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psycho-actives et à leurs parents.*

■ *Accompagner en milieu scolaire et orienter les adolescents en difficultés à cause de leur consommation vers ces structures spécialisées.*

Argumentaire

La consommation de cannabis chez les jeunes Franch-Comtois est comparable à la moyenne nationale, notamment pour l'usage régulier (≥ 10 au cours des trente derniers jours) qui est de 13 % aux niveaux régional et national et pour l'usage au moins une fois au cours des trente derniers jours qui est de 32 % au niveau régional et de 33 % au niveau national.

L'usage au cours des trente derniers jours est passé de 26 à 32 % en Franche-Comté entre 2000/2001 et 2002/2003, suivant en cela l'évolution nationale.

Source : *Atlas régional des consommations de produits psycho-actifs des jeunes Français. OFDT.*

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

En Franche-Comté, six consultations destinées aux jeunes consommateurs de cannabis et autres substances psycho-actives et à leurs parents ont ouvert fin 2004 - début 2005.

Il s'agit d'évaluer le fonctionnement de ces structures pour réajuster ce dispositif en cas de besoin.

Il est également nécessaire de développer l'orientation vers ces structures par les services de santé scolaire des jeunes ayant des difficultés liées à leurs consommations en milieu scolaire, pour proposer une prise en charge sanitaire adaptée.

Texte de référence

► *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004 - 2008*

→ INDICATEURS

Nombre de consultations par des jeunes

Nombre de consultations par des parents

Délai d'attente

Origine géographique

Nombre de jeunes adressés à ces structures par les services scolaires.

Aider à l'arrêt du tabac, notamment auprès des femmes enceintes.

- Renforcer les consultations d'aide au sevrage tabagique au sein de la région.

Argumentaire

L'usage quotidien des jeunes Franch-Comtois de 17 ans est égal en 2002/2003 à la moyenne nationale (39 %). Cependant, la Franche-Comté est la deuxième région où la prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes a le moins diminué entre 2000/2001 et 2002/2003.

Source : *Atlas régional des consommations de produits psycho-actifs des jeunes Français. OFDT.*

Parmi les personnes précaires âgés de 25 à 59 ans, la Franche-Comté est la deuxième région où les proportions de fumeurs sont les plus élevées.

Source : *Géographie de la santé dans les centres d'examen de la santé : données régionales 2002-2003 CNAMTS. CETAF.*

Une étude régionale cas-témoin en 1999 concernant l'impact du tabagisme maternel sur la prématurité montre que, chez les mères témoins, la proportion de celles qui ont poursuivi leur consommation de tabac pendant la grossesse est de 31,5 %, pourcentage plus élevé qu'au niveau national (25 % dans l'enquête périnatale). Source *ORS Franche-Comté.*

Chaque département de Franche-Comté dispose au moins d'une consultation hospitalière et d'une consultation extra-hospitalière de sevrage tabagique. Cependant, les délais d'obtention d'un premier rendez-vous dans les consultations hospitalières existantes variaient en 2003 de 1 semaine à 4 mois.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Une des mesures de la déclinaison régionale du plan national de lutte contre le cancer 2003-2007 est de renforcer les consultations hospitalières antitabac au sein de la région. En lien avec le plan national de lutte contre le cancer, un des objectifs spécifiques du plan MILDT est d'inciter les fumeurs au sevrage tabagique plus précocement.

Dans le domaine de la lutte contre le tabagisme, les orientations du SROS III sont les suivantes :

- généraliser l'action hôpital sans tabac dans tous les établissements de Franche-Comté ;
- poursuivre l'implantation des consultations en tabacologie ;
- veiller au sein de chaque maternité à la lutte contre le tabac.

Textes de référence

■ *Plan national de lutte contre le cancer 2003-2007 : mesure 10*

■ *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004 - 2008 (MILDT)*

→ INDICATEURS

Nombre de consultations de sevrage tabagique hospitalières et extra-hospitalières

Nombre de consultants pour un sevrage tabagique

Délai d'obtention d'un premier rendez-vous auprès d'une consultation en tabacologie.

MALADIES ET PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES

→ CANCER

Permettre la poursuite du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus pour les femmes du département du Doubs.

- Mettre en place le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus dans le Doubs au plus tard au premier trimestre 2006.

- Informer et former les médecins afin qu'ils participent à ce programme.

Argumentaire

Avec 54 cas nouveaux pour l'année 2000 en Franche-Comté, le cancer invasif du col de l'utérus représente 3 % des cancers de la femme. Le taux standardisé d'incidence régional (8,5 pour 100 000 femmes) est inférieur à celui de la France (10,1). Avec 23 décès en 1999, ce cancer représente 2 % des décès par cancer chez les Franch-Comtoises. Source : *Épidémiologie du cancer en Franche-Comté : incidence et mortalité de 1980 à 2000. Registre des tumeurs du Doubs, ORS de Franche-Comté. Septembre 2004.*

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Le contexte national de dépistage du cancer du col de l'utérus :

- l'objectif 48 de la Loi relative à la politique de santé publique est de réduire l'incidence de 2,5 % par an du cancer du col de l'utérus notamment par l'atteinte d'un taux de couverture de dépistage de 80 % pour les femmes de 25 à 69 ans ;
- le Plan cancer retient comme l'un des objectifs autour des dépistages, le fait de favoriser le dépistage individuel du cancer du col de l'utérus. La mesure 26 précise que les actions doivent être renforcées en faveur du dépistage du cancer du col de l'utérus auprès des femmes à risques ;
- des recommandations existent concernant le dépistage de ce cancer dans l'Union Européenne, élaborées par le comité consultatif pour la prévention des cancers ;
- il n'existe pas de cahier des charges national formalisé concernant le cancer du col de l'utérus, celui-ci est en cours d'élaboration ;
- par ailleurs, existent des perspectives de changement concernant le vaccin contre le cancer du col, sans doute dès 2006.

3

PERMETTRE UNE PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES PROBLÈMES DE SANTÉ EN DÉVELOPPANT LE DÉPISTAGE ET L'ACCÈS AUX SOINS

Programme de travail complémentaire

Sur le plan régional :

- la Franche-Comté a mis en place en 2003 une structure unique interdépartementale de gestion des dépistages des cancers, l'ADECA ;
- la préexistence de l'APCC25, association qui pratiquait à titre expérimental le dépistage du cancer du col de l'utérus dans le Doubs depuis plusieurs années, a conduit l'État et l'assurance maladie à demander l'intégration de cette association au sein de l'ADECA afin de permettre la poursuite de ce programme expérimental ;
- en 2005, la reprise des activités de l'APCC25 n'étant toujours pas effective, la DRASS et l'URCAM ont commandité une étude concernant les conditions de poursuite de cette phase expérimentale de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus qui a conduit à la possibilité de poursuivre celui-ci dans ce même cadre expérimental.

Textes de référence

- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 48
- Plan national de lutte contre le cancer 2003 - 2007 : mesure 26

→ INDICATEURS

Mise en place et définition du protocole de dépistage dans l'attente d'un cahier des charges national
Reprise du lancement des invitations en 2006 :
nombre d'invitations envoyées
Nombre de frottis réalisés
Participation des médecins libéraux.

→ SANTÉ MENTALE

Améliorer le repérage et la gestion de la crise suicidaire.

■ Former au repérage et à la gestion de la crise suicidaire des personnes ressources, en particulier les professionnels de l'Éducation Nationale et des Services Pénitentiaires.

■ Renforcer les liens entre les équipes de santé et sociales des établissements scolaires et les équipes du dispositif de soins spécialisés pour améliorer l'orientation et la prise en charge des jeunes scolarisés en souffrance psychique.

Argumentaire

La Franche-Comté dispose d'un Observatoire Hospitalier des Tentatives de Suicide (TS) dans la région. Les résultats couvrant la période 2000 - 2003 permettent un premier constat :

- la TS est un phénomène qui concerne principalement les sujets jeunes et de sexe féminin ;
- le décès par suicide est plus fréquent chez les sujets âgés et de sexe masculin ;
- la Haute-Saône apparaît à risque élevé tant par l'incidence des TS que pour le risque de récurrence et pour la mortalité par suicide ; le Jura présente des risques de TS et décès par suicide plus faibles que dans l'ensemble de la région ; le Doubs se situe dans la moyenne régionale et le Territoire de Belfort a une incidence des TS faible mais un taux de mortalité par suicide élevé.

Le PRS suicide et dépression chez les jeunes et les personnes âgées s'est achevé en 2003. Ce PRS se justifiait dans la mesure où chez les jeunes âgés de 16 à 25 ans, le suicide constituait la 2^e cause de mortalité. De nombreuses actions destinées aux jeunes ont été conduites. Ces dernières reposaient sur une forte mobilisation partenariale.

La formation régionale au repérage et à la gestion de la crise suicidaire se poursuit, le bilan est très positif : depuis 2003, 160 acteurs de 1^{re} ligne ont été formés pour être des personnes ressources, notamment au sein de l'Éducation Nationale. Ces dernières soulignent la qualité de ladite formation.

Enfin, suite à la note de cadrage DGS/SD6C N° 90 du 29 mars 2004, un binôme régional spécifique pénitentiaire psychologue-psychiatre a été formé au niveau national au repérage de la crise suicidaire afin d'être formateur régional pour les personnels pénitentiaires.

L'inscription, dans le PRSP de Franche-Comté, de la formation au repérage et à la gestion de la crise suicidaire de personnes ressources au sein des services pénitentiaires en tant qu'action à développer est nécessaire. Elle permettra son ancrage régional.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Au niveau national, l'objectif 92 de la Loi relative à la politique de santé publique est de réduire de 20 % le nombre des suicides en population générale d'ici à 2008 (passer d'environ 12 000 à moins de 10 000 décès par suicide et par an).

L'objectif IV du Plan santé mentale 2005-2008 est de mettre en œuvre des programmes spécifiques, notamment :

- en agissant en amont de la dépression par le repérage des troubles dépressifs ;
- en développant la prévention du suicide de la population pénale par un repérage précoce du risque suicidaire imminent et un suivi coordonné des personnes présentant un risque élevé ;
- en renforçant les capacités de repérage, par les acteurs de 1^{re} ligne et les professionnels de soins primaires, des enfants et des adolescents présentant des signes de souffrance ou des troubles psychiques et en répondant aux besoins de prévention et de prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées dans un cadre global et cohérent.

Au niveau régional, la prévention des souffrances psychiques et en particulier du suicide chez les jeunes scolarisés est un axe prioritaire du Contrat de partenariat en santé publique Rectorat - DRASS de Franche-Comté.

Textes de référence

- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 92
- Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 : axe IV
- Contrat de partenariat Rectorat - DRASS de Franche-Comté 2004

→ INDICATEURS

Nombre de personnes ressource formées par an
Nombre de jeunes orientés par les équipes des établissements scolaires vers des équipes du dispositif de soins spécialisés par département et par an
Évolution du nombre de TS chez les jeunes de 16 à 25 ans.

MALADIES TRANSMISSIBLES

→ HÉPATITE C

Améliorer le dépistage et la prise en charge des usagers de drogues atteints par l'hépatite C.

■ Augmenter le pourcentage d'usagers de drogues ayant bénéficié d'un dépistage (hépatites C et B et VIH) dans la population prise en charge par les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST), en utilisant la méthode non invasive.

■ Assurer une consultation de proximité en CSST auprès des usagers de drogues atteints par l'hépatite C par des hépatologues dans le cadre du Réseau REVHOC, en proposant une prise en charge intégrant les nouveaux examens diagnostiques non invasifs.

Argumentaire

Les usagers de drogues constituent une population particulièrement touchée par les hépatites B et C et dans une moindre mesure actuellement par l'infection à VIH.

Les génotypes viraux les plus présents chez les usagers de drogues répondent particulièrement bien à la thérapie anti-virale disponible actuellement. Paradoxalement, cette population reste insuffisamment traitée du fait de réticences vis-à-vis du dépistage, des méthodes diagnostiques et du traitement.

Des tests de dépistage et des examens diagnostiques non invasifs sont disponibles actuellement et devraient recueillir une plus grande acceptabilité de la part des usagers de drogue concernés.

Les consultations de proximité en CSST devraient également permettre de renforcer cette acceptabilité. Le principe d'un dispositif de suivi par un psychiatre référent des personnes traitées pour hépatite C dans le cadre des réseaux de santé sera étudié.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Le Plan national hépatites virales C et B 2002-2005 prévoit notamment des mesures spécifiques en matière de dépistage et de prise en charge :

■ dépister les personnes atteintes : du fait de certains modes de transmission communs à ces deux virus (soin, sang, actes invasifs répétés, soins corporels, usage de drogues), il existe des groupes de populations concernés tout à la fois par le risque du VHC et du VHB ;

■ renforcer le dispositif de soins et l'accès aux traitements : notamment, une mobilisation des professionnels de santé en dehors des CHU doit améliorer l'accès au dispositif de prise en charge, la mise en place de consultations dites avancées sera renforcée (établissements pénitentiaires, autres établissements de soins), le partenariat des pôles de référence avec les structures de prise en charge des toxicomanes et des détenus doit être renforcé, le partenariat avec les associations d'usagers doit être favorisé.

Textes de référence

■ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 56

■ Plan national hépatites virales C et B 2002-2005

→ INDICATEURS

Mesure de la prévalence du VHC chez les toxicomanes pris en charge dans les CSST

Évaluation de l'acceptabilité d'un dépistage de l'hépatite C par salivette et d'une prise en charge diagnostique non invasive chez les usagers de drogues suivis dans les CSST de Franche-Comté

Évaluation du ratio coût / efficacité de cette prise en charge par rapport à la prise en charge classique (sérologie, PCR, génotypage, PBF)

Mesure de la satisfaction des patients pris en charge dans ce programme.

→ INFECTION À VIH

Réduire le nombre de personnes dépistées à un stade tardif.

■ Maintenir le dispositif actuel de dépistage anonyme et gratuit du VIH (et des hépatites virales) en Franche-Comté et le rendre cohérent avec le dépistage des autres infections sexuellement transmissibles (IST).

■ Inciter les personnes appartenant aux populations prioritaires au dépistage précoce du VIH (particulièrement les migrants).

■ Faciliter la prise en charge précoce des personnes ayant un dépistage positif.

Argumentaire

Au niveau régional, 21 % des infections à VIH sont découvertes à un stade tardif, symptomatique ou sida (28 % au niveau national). Comme au niveau national, seulement la moitié des cas de sida déclarés entre 2001 et 2003 connaissaient leur séropositivité. Ce niveau de connaissance est en diminution entre 1997 et 2003.

Source : Données issues des déclarations obligatoires du VIH et du sida au 31 décembre 2004. InVS.

Un dépistage précoce est essentiel à une bonne prise en charge qui permette d'éviter ou de retarder le passage à la maladie sida : le risque de mortalité est 16 fois plus élevé dans les 6 mois qui suivent la prise en charge chez les patients pris en charge tardivement.

Le VIH se transmet actuellement principalement par voie sexuelle, la transmission par voie sanguine étant aujourd'hui très limitée. Le dispositif de dépistage, incluant les conseils de prévention, doit concerner à la fois le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles.

3

PERMETTRE UNE PRISE EN CHARGE PRÉCOCE DES PROBLÈMES DE SANTÉ EN DÉVELOPPANT LE DÉPISTAGE ET L'ACCÈS AUX SOINS

Programme de travail complémentaire

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

L'objectif 36 de la Loi relative à la politique de santé publique est de réduire de 20 % l'incidence des cas de sida en 2008.

Le programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2005-2008 a pour objectif d'intégrer le dépistage dans une démarche individuelle de prévention et de structurer un dispositif cohérent et accessible et prévoit notamment les mesures suivantes :

- inciter les personnes appartenant aux populations prioritaires au dépistage précoce du VIH (migrants, homosexuels masculins...);
- mettre en place un dispositif de dépistage du VIH et des IST anonyme et gratuit sur l'ensemble du territoire;
- faciliter la prise en charge précoce en incitant au dépistage et en coordonnant le dépistage et la prise en charge.

POPULATIONS SPÉCIFIQUES

→ JEUNES SCOLARISÉS

Améliorer le suivi pour permettre l'accès aux soins des jeunes ayant une pathologie dépistée au cours d'examens de santé scolaire ou mal suivie et favoriser leur intégration scolaire.

- Favoriser les consultations vers le médecin traitant suite au dépistage d'une pathologie.
- Augmenter les réponses des médecins traitants aux avis médicaux scolaires.
- Informer les médecins traitants sur l'importance du travail de liaison avec la médecine scolaire.
- Mettre en place un médiateur avec la famille par l'établissement d'une convention Éducation Nationale - Assurance Maladie.

Argumentaire

Les pathologies dépistées au cours des examens de santé scolaire obligatoire ou à la demande ne sont pas toujours suivies et traitées. Ceci concerne souvent des enfants et adolescents scolarisés des familles les plus démunies ayant des difficultés d'accès au dispositif de soins. Des stratégies construites et cohérentes doivent être mises en œuvre pour augmenter l'efficacité du suivi des avis médicaux donnés aux familles pour assurer l'accès et le recours aux soins.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Un des objectifs de la circulaire de l'Éducation Nationale n° 2003-210 du 1^{er} décembre 2003 « la santé des élèves :

La Loi du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales spécifie que la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, auparavant sous la responsabilité des Conseils généraux relève de l'État à compter de 2006.

Les Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles devront avoir une convention de partenariat avec une Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit du VIH (CDAG), s'ils ne sont pas eux-mêmes désignés comme CDAG.

Textes de référence

- ▶ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 36
- ▶ Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales : articles 71 et 199
- ▶ Programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2005-2008

→ INDICATEURS

Nombre de personnes ayant une séropositivité nouvelle à un stade avancé (symptomatique ou stade sida)
Nombre de personnes au stade sida n'ayant pas eu de dépistage antérieur.

programme quinquennal de prévention et d'éducation » est de repérer et suivre les problèmes de santé des élèves.

Texte de référence

- ▶ Programme quinquennal de prévention et d'éducation de l'Éducation Nationale 1^{er} décembre 2003

→ INDICATEUR

Nombre de réponses des médecins traitants aux avis médicaux scolaires.

→ FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER

Prendre en charge plus précocement les demandes d'IVG.

- Assurer une permanence régionale d'écoute et d'information sur les IVG et la contraception.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

L'objectif 97 de la Loi relative à la politique de santé publique prévoit d'assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours. Les préconisations de l'ANAES en mars 2001 sont que toute patiente demandant une IVG doit obtenir un rendez-vous de consultation dans les cinq jours. Plus l'IVG intervient précocement et plus le risque de complications est faible. Cela permet également un choix plus large des techniques utilisables.

Texte de référence

- ▶ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 97

→ INDICATEUR

Proportion d'IVG effectuées avant 9 semaines d'aménorrhée.

DIMINUER LA MORBIDITÉ ET AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE AINSI QUE L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES MALADES ET HANDICAPÉES

OBJECTIF STRATÉGIQUE N°

4

▣ Objectifs
prioritaires
p. 62

▣ Programme
de travail
complémentaire
p. 66

4

DIMINUER LA MORBIDITÉ ET AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE AINSI QUE L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES MALADES ET HANDICAPÉES

Objectifs prioritaires

MALADIES ET PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES

➔ MALADIES CHRONIQUES

Objectif 4.1

Améliorer la prise en charge et la qualité de vie des malades chroniques par le biais de l'éducation thérapeutique.

■ Mettre en place des formations de premier niveau en éducation thérapeutique pour des soignants éducateurs.

■ Favoriser le développement de l'offre en éducation thérapeutique.

■ Favoriser la participation des malades chroniques et de leurs associations au processus d'éducation thérapeutique.

4.1

■ Améliorer l'accès à l'information et à la documentation sur l'éducation thérapeutique dans le cadre de la Maison Régionale de Santé Publique.

Objectif 4.2

Améliorer la qualité de vie des patients atteints d'une maladie chronique ou d'une maladie rare ou orpheline en Franche-Comté.

■ Permettre de réduire les conséquences de la pathologie chronique en termes de handicap social.

■ Faciliter l'intégration sociale dans la vie professionnelle et la vie sociale des personnes atteintes de maladies chroniques, maladies rares ou orphelines ; améliorer leurs connaissances des droits sociaux et des circuits administratifs, leur permettre d'accéder à un soutien juridique.

4.2

■ Aider les patients souffrant de pathologies chroniques, de maladies rares ou orphelines dans la gestion de leur maladie et de ses conséquences sociales.

Argumentaire

Avec l'allongement de l'espérance de vie, le nombre de personnes souffrant de maladies chroniques croît rapidement. Le poids économique est considérable. La médecine ne peut pas, en règle générale, guérir ces maladies mais elle peut en limiter l'impact sur la qualité de vie.

Le nombre de personnes en Franche-Comté atteintes par une maladie chronique n'est pas établi. Cependant, pour certaines pathologies, le nombre annuel d'admission en Affection de Longue Durée (ALD) est connu :

- le taux standardisé d'admission pour diabète est, pour les hommes francs-comtois, de 290 pour 100 000 (309 au niveau national) et pour les Franc-Comtoises de 220 pour 100 000 (221 au niveau national) ;
- le nombre d'admissions en ALD pour maladies cardio-vasculaires en 2002 est de 7 082.

Les pathologies chroniques et/ou rares sont souvent invalidantes.

La qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ou rares est liée en particulier à leur intégration sociale et professionnelle, au soutien social dont elles disposent.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Dans la Loi relative à la politique de santé publique, il n'existe pas d'objectif global relatif aux maladies chroniques. Plusieurs objectifs concernent des personnes touchées par une maladie chronique spécifique notamment en termes d'amélioration de leur prise en charge et/ou en termes de réduction des limitations fonctionnelles et incapacités.

Certains de ces objectifs concernent spécifiquement l'amélioration de la qualité de vie (ou l'amélioration de la vie sociale) des personnes atteintes.

Le développement d'un plan stratégique de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques est prévu par la Loi relative à la politique de santé publique.

Des expériences françaises et internationales ont montré que l'éducation thérapeutique dont l'objectif est que le patient soit responsable et acteur de sa propre santé, avait des répercussions sur le plan sanitaire (en termes de diminution de la morbidité et de la mortalité), sur la qualité de vie et sur le plan économique.

Un des trois axes du plan national d'éducation pour la santé de 2001 est la valorisation de l'éducation thérapeutique qui fait partie de l'éducation pour la santé et permet d'aider les patients à développer ou acquérir les compétences nécessaires pour qu'ils deviennent acteurs de leur santé au quotidien.

Au niveau régional, dans le cadre du Schéma Régional d'Éducation pour la Santé (SREPS), puis dans le cadre de l'élaboration du SROS III, l'éducation thérapeutique est un objectif prioritaire.

Ces objectifs opérationnels sont et seront mis en œuvre, notamment dans le cadre du PCRAM et du SROS III, ce dernier ayant retenu le principe d'une structure hospitalière transversale pluridisciplinaire par territoire de santé.

L'information des personnes atteintes de maladies chroniques et de leur entourage, afin de permettre un meilleur accès aux services existants, sera améliorée par la mise en place d'une cellule régionale d'accompagnement social et juridique.

Cette cellule régionale sera mise en œuvre par la Fédération Régionale des Associations en Santé de Franche-Comté qui regroupe des associations de patients / usagers de la santé.

En ce qui concerne plus particulièrement les maladies rares (intégrant les maladies orphelines), l'objectif spécifique est de mettre en place une cellule régionale fonctionnant en étroite relation avec la cellule régionale d'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques.

L'organisation d'un forum permettra de recenser les besoins et de mieux estimer les ressources et synergies potentielles dans ce domaine.

Un développement de ces problématiques sera intégré au PRSP dès la parution du Plan national de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

Textes de référence

- *Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectifs concernant les maladies chroniques*
- *Plan national d'éducation pour la santé 2001*
- *Plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares 2005 - 2008*
- *Schéma régional d'éducation pour la santé de Franche-Comté 2004 - 2008*
- *Programme régional commun de l'assurance maladie*
- *Schéma régional de l'organisation sanitaire III*

→ INDICATEURS

Nombre de soignants formés à l'éducation thérapeutique
Nombre de programmes structurés d'éducation thérapeutique

Nombre de patients ayant bénéficié d'un programme structuré d'éducation thérapeutique

Nombre d'associations ayant participé aux formations de premiers niveau (formateurs et formés)

Nombre de demandes de documentation sur l'éducation thérapeutique auprès de la Maison Régionale de Santé Publique

Nombre de patients chroniques et/ou souffrant de maladies rares ou de personnes de leur entourage ayant bénéficié d'un accompagnement par la cellule régionale d'accompagnement.

4

DIMINUER LA MORBIDITÉ ET AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE AINSI QUE L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES MALADES ET HANDICAPÉES

Objectifs prioritaires

POPULATIONS SPÉCIFIQUES

→ PERSONNES ÂGÉES

Objectif 4.3

Soutenir les aidants naturels accompagnant des personnes vieillissantes (quel que soit leur degré de dépendance ou handicap).

■ Soutenir, promouvoir et développer les groupes de paroles et cycles d'échanges et d'information à destination des aidants « naturels ».

■ Étudier l'articulation entre les séances collectives d'aide aux aidants et les ateliers pratiques à domicile.

■ Apporter un soutien psychologique à l'aide à domicile.

4.3

Objectif 4.4

Accompagner la sortie d'hospitalisation et favoriser le maintien à domicile des personnes âgées dans des conditions optimales.

■ Favoriser le soutien des aidants intervenant auprès des personnes âgées.

■ Contribuer à améliorer la coordination des professionnels en lien avec les personnes âgées - Organiser dans des conditions optimales la sortie d'hospitalisation et le retour à domicile des personnes âgées de plus de 60 ans afin d'éviter au maximum ré-hospitalisations et/ou sorties inadaptées.

4.4

Objectif 4.5

Améliorer le bien-être et l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes.

■ Définir une typologie des personnes handicapées vieillissantes afin de repérer et mieux répondre à leurs besoins.

■ Promouvoir les actions à destination des professionnels accompagnant ce public.

■ Favoriser le bien-être des personnes handicapées vieillissantes.

4.5

Argumentaire

L'augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 80 ans sera d'environ 33 % au cours des dix prochaines années en raison de l'allongement de l'espérance de vie.

En Franche-Comté, la part de la population âgée de plus de 60 ans devrait atteindre 1 personne sur 3 en 2008 et les plus de 80 ans, 6.2 % en 2015.

Si l'espoir de chacun est de pouvoir vieillir avec une autonomie préservée sans incapacité majeure sinon sans maladie, il est évident que cet allongement de la vie s'accompagnera de besoins de prise en charge de la perte d'autonomie plus importants malgré l'amélioration du niveau de vie et des techniques médicales retardant l'âge de la dépendance.

Une meilleure coordination entre les différents intervenants des sphères sanitaire et sociale (organismes de sécurité sociale, conseils généraux, communes...) peut contribuer à apporter des réponses rapides et adaptées aux personnes âgées en situation de fragilité.

Objectif 4.3 :

Le maintien à domicile d'une personne âgée en perte d'autonomie repose le plus souvent sur l'aidant « naturel » qui assume de nombreuses tâches et soins (les personnes handicapées vieillissantes aidées le sont dans 61 % des cas uniquement par des personnes de leur entourage...), y compris lorsque des professionnels médicaux ou sociaux interviennent. Il joue un rôle prépondérant dans la continuité et la cohérence de la prise en charge. L'épuisement et la solitude de l'aidant sont un facteur de risque de maltraitance qu'il faut prévenir : son équilibre et sa santé mentale et physique sont des atouts prépondérants pour un accompagnement de qualité. Sa défection brusque entraîne une rupture de prise en charge de la personne dépendante et qui a souvent pour conséquence une hospitalisation en urgence. L'aide aux aidants doit permettre de prévenir les situations de crise gérontologique et d'éviter ce type d'hospitalisation (ce qui n'exclut pas l'alternative de placement de la personne qui peut être choisie de façon réfléchie et concertée). **Cet objectif aura une déclinaison particulière en ce qui concerne la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées.** Un soutien de l'aide à domicile peut également améliorer la qualité de l'accompagnement (écoute, meilleure compréhension de la personne aidée, prévention de comportements inadaptés à son égard...).

Objectif 4.4 :

L'hospitalisation, quel qu'en soit le motif, fait partie des situations de rupture pour les personnes âgées qui peuvent être à l'origine d'un basculement. À partir d'un diagnostic de récupération, établi au sein de l'établissement de soins, un accompagnement permet d'éviter les difficultés qui induiront ré-hospitalisations, aggravation, voire syndrome de glissement. De nombreuses études mettent l'accent sur la nécessité d'anticiper, de coordonner l'approche médico-sociale pour éviter des inadéquations de prise en charge dont les implications tant macro-économiques qu'individuelles sont patentées.

Objectif 4.5 :

L'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (1998-2001) évalue entre 600 000 à 800 000, dont presque la moitié des personnes âgées de 60 ans ou plus, le nombre de personnes handicapées vieillissantes. Si les déficiences apparues avant 20 ans sont principalement auditives et visuelles, les déficiences intellectuelles et mentales sont également pointées, ce qui induit une grande hétérogénéité de cette population quant à son handicap d'origine.

Près de 10 % des personnes handicapées vieillissantes accueillies dans des structures pour adultes ont dépassé la soixantaine, 30 % en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ont plus de 50 ans.

Il est nécessaire de retarder l'entrée en institution pour que les établissements soient en capacité d'accueillir ces personnes dans des conditions adaptées à leur vieillissement or 17 % des aidants non professionnels sont les parents dont la question du vieillissement se pose avec acuité.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Dans le cadre d'une meilleure coordination entre les différents intervenants, les Branches Maladie et Re-traitement (CNAM/CNAV) ont estimé souhaitable de créer un réseau pour une meilleure mutualisation des moyens et des savoir-faire existants, afin de mieux valoriser et optimiser les moyens financiers disponibles et en vue d'amplifier les partenariats à inscrire dans une démarche formalisée (Circulaire CIR-135/2003 du 17/10/2003 - Lettre-réseau n° LR-DAR 179/2003 du 29 décembre 2003).

Les réponses apportées doivent être les plus adaptées possibles aux besoins des personnes âgées et pouvoir éventuellement répondre à des situations d'urgence. Pour ce faire, trois grands axes devraient être privilégiés : une approche globale et coordonnée des actions de prévention primaire ; la coordination des acteurs dans le cadre de la prévention secondaire ; la promotion d'une prise en charge médico-sociale globale et diversifiée.

Telles sont les principales orientations communes des deux caisses nationales à privilégier et ayant pour vocation à structurer ce plan expérimental Préservation de l'Autonomie des Personnes Âgées (PAPA) qui s'inscrit dans les stratégies d'amélioration des services rendus aux usagers développées par les organismes.

La CNAM et la CNAV ont déterminé cinq thèmes prioritaires au plan national, dans le cadre du Programme de

préservation de l'autonomie des personnes âgées :

1. la prévention de la perte d'autonomie et la lutte contre les accidents de la vie courante
2. la prévention de la malnutrition (dénutrition) chez les personnes âgées
3. l'aide aux aidants
4. la sortie d'hospitalisation et le retour à domicile des personnes âgées
5. les personnes handicapées vieillissantes.

Ces thèmes sont repris dans le cadre du Programme Régional Commun de l'Assurance Maladie (PRCAM) et déclinés en actions relevant de différents objectifs de ce PRSP.

Plusieurs axes de ce programme s'articulent avec les orientations stratégiques du SROS III (prise en charge des patients de plus de 75 ans - Orientation 4. « Organiser la sortie du patient et son maintien en lieu de vie » et notamment 4.4. « Organiser la sortie du patient et son maintien en lieu de vie afin d'éviter des ré-hospitalisations inadaptées »).

L'évolution de ce programme devra tenir compte des missions et actions des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) mises en place début 2006.

Textes de référence

► *Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectifs n° 98, 99 et 100*

► *Programme de préservation de l'autonomie des personnes âgées CNAM CNAV*

► *Programme régional commun de l'assurance maladie*

→ INDICATEURS

Satisfaction des aidants naturels et professionnels participant aux actions et expérimentations soutenues et/ou mises en place
Impact de la participation à ces actions et expérimentations (évaluation du ressenti des participants avant/après et de l'impact sur les pratiques ou comportements à l'égard de la personne aidée)
Nombre de groupes de parole mis en place

Mise en place du dispositif d'aide au retour à domicile après hospitalisation pour les personnes ciblées :
Nombre de sites proposant ce dispositif
Nombre de personnes bénéficiant de ce dispositif
Nombre de personnes ayant bénéficié de ce dispositif et n'étant pas ré-hospitalisées dans l'année

Réalisation d'une typologie des personnes handicapées vieillissantes
Recensement des dispositifs et aides existants et diffusion de l'information
Nombre d'ateliers mis en place pour les personnes handicapées vieillissantes
Satisfaction des participants
Impact de ces ateliers sur l'état psychique et physique de ces personnes.

4

DIMINUER LA MORBIDITÉ ET AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE AINSI QUE L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES MALADES ET HANDICAPÉES

■ Objectifs prioritaires

4

DIMINUER LA MORBIDITÉ ET AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE AINSI QUE L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES MALADES ET HANDICAPÉES

Programme de travail complémentaire

MALADIES TRANSMISSIBLES

→ HÉPATITE C

Favoriser le partenariat avec les associations d'usagers atteints par l'hépatite C.

■ Associer les usagers aux actions mises en œuvre dans le cadre du PRSP.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Le Plan national hépatites virales C et B 2001-2005 recommande que le partenariat avec les associations d'usagers soit favorisé.

Texte de référence

► Plan national hépatites virales C et B 2001-2005

→ INDICATEUR

Nombre d'actions avec participation des associations de patients atteints par l'hépatite C.

→ INFECTION VIH

Améliorer la qualité de vie et la prise en charge des personnes atteintes par le VIH.

■ Harmoniser les dispositifs et modalités de prise en charge.

■ Renforcer l'éducation à la santé des personnes atteintes par le VIH (aide à la prévention de la contamination) et l'éducation thérapeutique (aide à l'observance des traitements).

■ Maintenir le dispositif actuel d'aide à domicile.

■ Maintenir le dispositif de soutien par les associations aux personnes atteintes.

Argumentaire

L'amélioration de leur prise en charge et de leur qualité de vie participe à la réduction du nombre de passage au stade sida chez les personnes séropositives, en particulier grâce :

■ à un partenariat entre les acteurs du dépistage, du soin et du soutien social dans le cadre du futur comité de coordination de la lutte contre l'infection par le VIH (COREVIH) qui prendra la suite du CISIH actuel et dont l'objectif est une prise en charge globale et transversale du patient ;

■ à l'éducation thérapeutique qui permettra aux patients de mieux observer leur traitement et à l'éducation pour la santé qui leur permettra de maintenir leurs comportements de prévention. Ces modules d'éducation peuvent être assurés en lien avec l'unité transversale d'éducation thérapeutique de l'établissement de santé (objectif prioritaire 4.1 du PRSP « améliorer la prise en charge et la qualité de vie des malades chroniques par le biais de l'éducation thérapeutique ») ;

■ au soutien social et à l'accompagnement des personnes atteintes par des associations en lien avec l'objectif prioritaire 4.2 du PRSP « améliorer la qualité de vie des patients atteints d'une maladie chronique ou d'une maladie rare ou orpheline en Franche-Comté » ;

■ au dispositif actuel d'aide à domicile auprès des patients atteints par le VIH, dans l'attente de son inscription dans le droit commun avec extension à d'autres patients de moins de 60 ans avec des maladies chroniques invalidantes.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

L'objectif 36 de la Loi relative à la politique de santé publique est de réduire l'incidence des cas de sida de 20 % en 5 ans. Afin d'atteindre cet objectif, le Programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2005-2008 prévoit notamment les mesures spécifiques suivantes dans les domaines de la prise en charge thérapeutique et de l'accompagnement des personnes atteintes :

- harmoniser les dispositifs et les modalités de prise en charge sur l'ensemble du territoire avec la création des COREVIH ;
- améliorer la qualité de la prise en charge, en promouvant l'observance thérapeutique et l'éducation du patient ;
- soutenir les actions de proximité mises en œuvre par les associations de lutte contre le sida ;

- faciliter l'accès à l'ensemble des droits sociaux et assurer l'accès aux prestations liées au handicap ;
- garantir à toute personne atteinte l'accès à un hébergement adapté et à une aide à la vie quotidienne.

Textes de référence

► *Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 36*

► *Programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2005-2008*

→ INDICATEURS

Mise en place d'un COREVIH régional partenarial

Nombre de personnes ayant bénéficié d'un module

d'éducation thérapeutique

Nombre de personnes prises en charge dans le dispositif

d'aide à domicile

Nombre de personnes ayant été soutenues (soutien social

et accompagnement) par les associations.

POPULATIONS SPÉCIFIQUES

→ JEUNES MALADES CHRONIQUES OU HANDICAPÉS SCOLARISÉS

Améliorer la prise en charge et l'intégration à l'école de tous les enfants et adolescents avec des maladies chroniques ou un handicap, ayant des besoins spécifiques.

■ *Garantir la sécurité et les soins adaptés (surveillance individualisée en fonction de la pathologie, conduite à tenir en cas de situation d'urgence).*

■ *Offrir les conditions favorables à une scolarité optimale.*

■ *Augmenter le nombre de Projets d'Accueil Individualisés (PAI) adaptés et de qualité.*

Argumentaire

Chacun des enfants et adolescents ayant une maladie chronique ou un handicap grave doit pouvoir bénéficier d'un PAI. Ce document organise, compte tenu des besoins thérapeutiques de l'enfant ou de l'adolescent, les modalités particulières de la vie quotidienne en milieu scolaire et fixe les conditions d'intervention des partenaires. Ce PAI est établi par le médecin de santé scolaire en accord avec la famille et son application est suivie par le service de santé scolaire.

Texte de référence

► *Circulaire de l'éducation nationale n° 2003-135 du 8-9-2003 : l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de santé.*

→ INDICATEURS

Nombre et pourcentage de PAI en fonction du niveau scolaire (primaire,

collège, lycée), de la pathologie de l'enfant, du bassin d'éducation

Indice de satisfaction des enfants, des parents, des enseignants (à mettre

en place).

→ PERSONNES HANDICAPÉES

Accompagner et soutenir les personnes handicapées, leurs proches et les professionnels.

■ *Développer les groupes de paroles et cycles d'échanges à destination des personnes handicapées motrices et de leurs proches.*

■ *Former et soutenir les professionnels intervenant au domicile des personnes handicapées.*

■ *Mettre en place des groupes d'entraide mutuelle à destination des personnes souffrant de troubles psychiques.*

- des actions visant à informer, former, accompagner et soutenir les familles et les aidants ;
- des actions visant à favoriser le développement des groupes d'entraide mutuelle ;
- des actions de formation et de soutien des professionnels ;
- des actions d'information et de sensibilisation du public ;
- des actions de soutien psychologique spécifique proposées à la famille lors de l'annonce du handicap, quel que soit le handicap.

Dans le cadre du Programme régional de santé « handicap et dépendance », plusieurs actions au bénéfice des personnes handicapées et de leurs familles ainsi que des professionnels ont été mises en place : groupes de parole, cycles d'échange, plate-forme d'information, formation des personnes à la prise en charge du vieillissement des personnes handicapées, annonce du handicap. Ces actions ont été appréciées par les personnes concernées et leur poursuite a été demandée.

Texte de référence

► *Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*

→ INDICATEURS

Nombre de groupes de paroles organisés

Nombre de professionnels formés.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances la participation et la citoyenneté des personnes handicapées prévoit la mise en œuvre de politiques de prévention, de réduction et de compensation des handicaps. Ces politiques comportent notamment :

- des actions s'adressant directement aux personnes handicapées ;

4

DIMINUER LA MORBIDITÉ ET AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE AINSI QUE L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES MALADES ET HANDICAPÉES

Programme de travail complémentaire

DÉVELOPPER DES OUTILS EN SANTÉ PUBLIQUE

OBJECTIF STRATÉGIQUE N°

5

▣ Objectifs
prioritaires
p. 70

▣ Programme
de travail
complémentaire
p. 74

5 DÉVELOPPER DES OUTILS EN SANTÉ PUBLIQUE

Objectifs prioritaires

5.1

Objectif 5.1

Élaborer un programme régional d'études et de statistiques en santé publique.

- Poursuivre le développement de la plate-forme partenariale d'observation en santé.
- Déterminer un programme d'études liées aux priorités du PRSP.
- Poursuivre l'observation et le suivi de la démographie des professionnels de santé.
- Mettre en place des outils d'évaluation des actions proposées dans le PRSP.

Argumentaire

La connaissance de l'état de santé de la population franc-comtoise est encore parcellaire et est répartie entre de nombreux acteurs.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

En septembre 2004, le document « La santé en Franche-Comté : regards et perspectives » a été édité. Il synthétise les informations disponibles sur l'évolution démographique, les facteurs socio-économiques, l'environnement, la morbidité et la mortalité, l'offre et les dépenses de santé en Franche-Comté.

Ce document a été réalisé grâce à la collaboration des structures suivantes : URCAM, DRASS, ARH, ORS et INSEE.

Ce partenariat doit être prolongé dans le cadre d'une plate-forme régionale d'observation de la santé, avec les objectifs suivants :

- rendre pérenne le document « La santé en Franche-Comté », consultable sur internet ;
- développer l'observation infra-régionale ;

- renseigner, sur le plan régional, les cent objectifs de santé publique ;
- établir le lien avec la mise en place d'une plate-forme d'observation sociale d'une part et avec l'information sur l'offre de soins et médico-sociale d'autre part ;
- développer des modalités de collecte et de valorisation des études régionales ayant une dimension santé.

Des études préalables sont nécessaires afin d'atteindre les objectifs du PRSP.

À titre indicatif, les nouveaux projets d'études suivants peuvent notamment être retenus en 2006 :

- étude sur la surmortalité masculine par cancer du poumon des hommes dans le Territoire de Belfort ;
- enquête sur les facteurs individuels déterminant un recours précoce au soin pour cancer du sein en Loire-Atlantique, Doubs, Tarn (contexte socio-économique, culturel, géographique...);
- étude sur l'effet de seuil lié à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC) ;
- étude sur les acteurs et actions relevant du champ gériatrique en Franche-Comté ;

■ étude de la pertinence des traitements mis en œuvre vis-à-vis du risque microbiologique et lié aux pesticides dans les Unités de distribution (Udi) de faible taille.

Le comité régional de l'ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé) poursuivra l'observation fine et le suivi de la démographie des professionnels de santé et mesurera l'impact des actions initiées dans ce domaine, en lien

avec l'action 6 du PASER et les travaux de la Mission Régionale de Santé (MRS).

Il s'agit enfin de mettre en place des outils d'évaluation des actions proposées dans le Plan Régional de Santé Publique et d'élaborer un programme de suivi et d'évaluation, disponible pour la Conférence régionale de santé et le Groupement régional de santé publique.

Objectif 5.2

Améliorer la qualité des interventions en éducation pour la santé en renforçant le soutien aux acteurs par la mise en place d'un pôle régional de compétences.

- Faciliter l'accès au conseil méthodologique pour les acteurs.
- Mettre à disposition des acteurs une offre documentaire de qualité.
- Développer les compétences des acteurs par la formation initiale et continue.

5.2

Argumentaire

L'éducation pour la santé est un des outils de la prévention et de la promotion de la santé. C'est une démarche de santé qui sera utilisée pour atteindre les objectifs de santé définis dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique.

L'état des lieux de l'éducation pour la santé en Franche-Comté montre qu'il existe en 2003 un nombre important d'acteurs dans le domaine de l'éducation pour la santé. Ceux-ci expriment le besoin d'une aide pour améliorer la qualité de leur action. Cette aide peut se traduire, notamment, par le renforcement et le développement des actions de formation en santé publique.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

L'article 3 de la Loi relative à la politique de santé publique précise que le Plan Régional de Santé Publique comporte notamment un programme de santé scolaire et d'éducation à la santé.

Un des trois axes du Plan national d'éducation pour la santé de 2001 est d'organiser, au niveau régional un service d'éducation pour la santé, par le biais de Schémas régionaux d'éducation pour la santé.

Au niveau national, l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé a notamment pour mission d'assurer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé et d'assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire.

Le Schéma régional d'éducation pour la santé de Franche-Comté 2004-2008 a quatre objectifs :

- élaborer une culture commune en éducation pour la santé entre les acteurs, les décideurs et les usagers ;
- améliorer la qualité des interventions en éducation pour la santé ;

- renforcer l'égalité d'accès géographique à l'éducation pour la santé ;
- améliorer la prise en charge et la qualité de vie des malades chroniques par le biais de l'éducation thérapeutique.

L'amélioration de la qualité des interventions en éducation pour la santé est un des deux objectifs définis dans le cadre du Schéma régional d'éducation pour la santé qui sont retenus comme particulièrement prioritaires dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique, l'amélioration de la prise en charge et de la qualité de vie des malades chroniques par le biais de l'éducation thérapeutique étant l'objectif stratégique prioritaire n° 4.1 du Plan Régional de Santé Publique.

Textes de référence

- Plan national d'éducation pour la santé 2001
- Schéma régional d'éducation pour la santé de Franche-Comté 2004-2008

→ INDICATEURS

Des indicateurs de suivi des actions correspondant à l'objectif « améliorer la qualité des interventions en éducation pour la santé » sont définis dans le cadre du SREPS :

Existence du référentiel de conseiller méthodologique validé, d'une liste de conseillers méthodologiques disponibles et d'un groupe d'échange et d'analyse de la pratique au niveau régional

Liste des projets ayant bénéficié d'un conseil méthodologique

Existence de bases de données sur les acteurs régionaux et les actions

Ouverture du portail Internet de la Maison Régionale de Santé Publique

Nombre de sollicitations ou recherches documentaires spécialisées.

5

DÉVELOPPER
DES OUTILS
EN SANTÉ
PUBLIQUE

Objectifs
prioritaires

Objectif 5.3**Améliorer la formation en santé publique en Franche-Comté.**

- Améliorer la formation en santé publique, en particulier en éducation pour la santé, en formations initiales.
- Renforcer la formation en santé publique, en particulier en éducation pour la santé, en formation continue.

Argumentaire

Au niveau régional, l'état des lieux du Schéma régional d'éducation pour la santé de Franche-Comté 2004-2008 (SREPS) montre que 74 % des acteurs expriment un besoin de formation complémentaire en éducation pour la santé portant sur :

- les modalités pédagogiques d'intervention ;
- la réflexion autour de l'éthique et des concepts ;
- les modalités d'évaluation.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

La formation en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique, dans le cadre des formations initiales et en formation continue, est un des trois axes du Plan national d'éducation pour la santé de février 2001.

Au niveau régional, les objectifs du SREPS en matière de formation sont les suivants :

- participer à l'intégration de l'éducation pour la santé dans les cursus de formations initiales (médicales, paramédicales, sociales) ;
- assurer une formation continue spécialisée en éducation pour la santé avec la mise en place d'un module de formation de niveau 1 et un module de formation en éducation pour la santé dans le cadre de l'Université d'été francophone en santé publique ;
- assurer une formation des équipes des établissements scolaires (voir l'objectif 5.4 « Renforcer le partenariat entre les administrations de la santé et de l'éducation ») ;
- développer une formation à l'éducation thérapeutique dans le cadre de la fédération des réseaux de santé de Franche-Comté (voir l'objectif 4.1 « Améliorer la prise en charge et la qualité de vie des malades chroniques par le biais de l'éducation thérapeutique ») ;

- mettre en place un module de formation en éducation thérapeutique dans le cadre de l'Université d'été francophone en santé publique.

Pour les formations initiales, la première phase est de faire un état des lieux de la place actuelle de la santé publique - éducation pour la santé dans ces formations, puis de proposer un soutien aux responsables des modules santé publique dans ces formations.

L'Université d'été francophone en santé publique a lieu à Besançon chaque première semaine de juillet depuis 2004. C'est un ensemble de modules de formation regroupés autour du concept de promotion de la santé qui s'adresse à toutes les personnes concernées par la santé publique.

Un module de formation continue en éducation pour la santé de niveau 1 est en cours d'élaboration au niveau inter-régional (région grand-est). Il sera ensuite mis en œuvre par territoire de santé de proximité et regroupera les acteurs des différents réseaux professionnels ou thématiques.

Textes de référence

- ▶ Plan national d'éducation pour la santé 2001
- ▶ Schéma régional d'éducation pour la santé de Franche-Comté 2004-2008

→ INDICATEURS

Bilan de l'évolution du contenu, en santé publique et éducation pour la santé, des formations initiales
 Nombre de participants régionaux à l'Université d'été francophone en santé publique
 Nombre de participants à la formation continue en éducation pour la santé.

Objectif 5.4**Renforcer le partenariat entre les administrations de la santé et de l'éducation (Éducation Nationale, Direction Régionale de l'Agriculture et de la Forêt).****Argumentaire**

L'école a la responsabilité de participer à la prévention et à la promotion de la santé en assurant aux élèves, tout au long de leur scolarité, une éducation à la santé, articulée avec les enseignements, adaptée à la fois à leurs attentes et à leurs besoins ainsi qu'aux enjeux actuels de santé publique.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

La loi relative à la politique de santé publique prévoit, dans son article 3, que le Plan régional de santé publique doit comporter « un programme de santé scolaire et d'éducation à la santé ».

Un contrat cadre de partenariat a été signé en juillet 2003 entre les ministres chargés de l'éducation nationale et de la santé.

Un contrat de partenariat en santé publique a été signé en juin 2004 par le Recteur et le Directeur de la DRASS. Il est axé, en grande partie, sur le développement des actions d'éducation pour la santé dans les domaines de la nutrition, de la prévention des conduites addictives, de l'éducation à la sexualité et de la prévention des souffrances psychiques, en particulier du suicide.

Le projet 2005-2009 de politique académique de promotion de la santé en faveur des élèves reprend les axes prioritaires de ce contrat de partenariat, dans le cadre du projet académique 2005-2009.

Les actions intégrées dans ce contrat de partenariat seront mises en œuvre par un comité de pilotage bi-partite :

- formation en éducation à la santé pour des équipes pluri-professionnelles d'établissements scolaires ;
- prise en compte des priorités retenues dans le cadre des projets d'établissements ;
- clarification des modalités d'intervention en milieu scolaire des structures associatives d'éducation à la santé.

Ce partenariat doit également être conclu et mis en œuvre avec la Direction Régionale de l'Agriculture et de la Forêt (DRAF), qui a en charge les établissements d'enseignement agricole et qui assure également des actions de santé publique, en particulier dans le domaine de la nutrition.

Textes de référence

- ▶ Plan national d'éducation pour la santé 2001
- ▶ Schéma régional d'éducation pour la santé de Franche-Comté 2004-2008
- ▶ Contrat de partenariat Rectorat DRASS de Franche-Comté 2004
- ▶ Projet de politique académique de promotion de la santé en faveur des élèves en annexe du projet académique 2005-2009

→ INDICATEURS

Mise en œuvre des actions intégrées dans le contrat de partenariat Rectorat - DRASS (formation des équipes éducatives, document de consensus sur les modalités d'intervention en milieu scolaires des associations d'éducation pour la santé, programmes d'éducation pour la santé dans les établissements scolaires)
Signature et mise en œuvre d'un contrat de partenariat DRAF - DRASS.

Objectif 5.5

Favoriser le développement de la Maison Régionale de Santé Publique.

5.5

- Favoriser la mise en commun d'outils dans le cadre de la Maison Régionale de Santé Publique.

Argumentaire

La Maison Régionale de Santé Publique de Franche-Comté (MRSP) est une structure qui réunit des associations à dimension régionale ayant chacune des missions spécifiques dans le domaine de la santé publique en incluant ses aspects sanitaires et sociaux et souhaitant porter un regard croisé sur la santé de la population franc-comtoise.

Les objectifs de la MRSP sont de :

- favoriser les échanges et la communication ;
- concentrer les expertises et les compétences ;
- améliorer la cohérence et la complémentarité des projets ;
- conduire des projets transversaux ;
- générer des projets nouveaux.

La MRSP est composée de cinq membres fondateurs (Comité Régional d'Éducation pour la Santé, Fédération Régionale des Associations en Santé, Fédération des Réseaux de Santé de Franche-Comté, Institut Régional

du Vieillessement, Observatoire Régional de la Santé), et de membres adhérents.

Des projets de mutualisation d'outils existent :

- le renforcement du centre de documentation régional en santé publique ;
- l'élaboration d'un site internet commun aux membres de la MRSP ;
- la publication commune de documents visant à promouvoir une culture de santé publique en Franche-Comté ;
- le guide des usagers.

Texte de référence

- ▶ Schéma régional d'éducation pour la santé de Franche-Comté 2004-2008

→ INDICATEURS

Nombre de demandes traitées par le centre de documentation régional en santé publique
Existence et diffusion d'outils créés en commun.

5

DÉVELOPPER
DES OUTILS
EN SANTÉ
PUBLIQUE

Objectifs
prioritaires

5 DÉVELOPPER DES OUTILS EN SANTÉ PUBLIQUE

Programme de travail complémentaire

Mieux connaître l'état de santé de la population.

■ Poursuivre les études en cours dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique.

■ Concrétiser, en 2006, les projets d'études dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique.

Certaines études ou surveillances ont débuté au cours des années précédentes et seront poursuivies dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique :

- observation des tentatives de suicides dans les établissements hospitaliers en Franche-Comté ;
- suivi épidémiologique des interruptions volontaires de grossesse en Franche-Comté ;
- étude AGRICAN sur les risques de cancer liés à l'agriculture ;
- épidémiologie descriptive des lymphomes malins non hodgkiniens et des leucémies lymphoïdes chroniques (étude récemment mise en place) ;
- étude des prises en charge des patients atteints de cancer du testicule à partir des données du registre des Tumeurs du Doubs de 1980 à 2002 (étude récemment mise en place) ;
- enquête sur la prise en charge, diagnostic et thérapeutique du mélanome de stade I à III dans l'Inter-région Grand-Est (enquête se mettant en place).

D'autres études débuteront en 2006 dans le cadre du Plan Régional de Santé Publique :

- incidence selon le stade et devenir des cancers du rein diagnostiqués en 2000 ;

- étude de l'évaluation des pratiques de prise en charge pour les cancers du sein diagnostiqués en 2003 ;
- étude du suivi des cancers du sein diagnostiqués en 1997 dans cinq départements dont le Doubs ;
- étude cas-témoins à partir des données de registres de population sur la qualité de vie et de réinsertion des patients considérés guéris d'un cancer.

Élaborer une culture commune en éducation pour la santé en Franche-Comté entre les acteurs, les décideurs et les usagers.

■ Mettre en commun les concepts, outils et modes d'évaluation entre les acteurs de l'éducation pour la santé.

■ Sensibiliser les décideurs à l'éducation pour la santé.

■ Intégrer les usagers à la réflexion sur l'éducation pour la santé.

Argumentaire

Les concepts, objectifs, méthodes et modalités d'évaluation de l'éducation pour la santé sont peu connus. Il est nécessaire de favoriser une réflexion régionale commune à ce sujet (charte, séminaire, démarche d'évaluation partagée).

Il s'agit également de sensibiliser les décideurs, qu'ils soient des élus et administratifs territoriaux ou des

responsables d'établissement scolaires, pour mieux les impliquer dans la mise en œuvre des politiques de prévention et de promotion de la santé, en particulier dans le champ de l'éducation pour la santé.

Enfin, les usagers de la santé, par le biais de leurs associations, doivent être reconnus en tant que partenaires essentiels des professionnels de santé publique et rapprochés des acteurs afin de favoriser leur participation effective aux débats sur les objectifs prioritaires et les modalités à mettre en œuvre pour les atteindre.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

Élaborer une culture commune en éducation pour la santé est un des quatre objectifs du Schéma Régional d'Éducation pour la Santé (SREPS) de Franche-Comté 2004-2008.

Le contrat cadre de partenariat Rectorat DRASS permet de favoriser l'implication des responsables d'établissements scolaires dans une démarche d'éducation pour la santé, par la mise en œuvre d'une formation des équipes scolaires à l'éducation pour la santé et l'intégration des thématiques prioritaires régionales en éducation pour la santé en milieu scolaire par le projet 2005-2009 de politique académique de promotion de la santé en faveur des élèves.

Textes de référence

- ▶ Plan national d'éducation pour la santé 2001
- ▶ Schéma régional d'éducation pour la santé de Franche-Comté 2004-2008

→ INDICATEURS

Des indicateurs de suivi des actions correspondant à cet objectif ont été définis dans le cadre du SREPS :
Élaboration et diffusion de la charte de l'éducation pour la santé en Franche-Comté
Organisation d'un séminaire sur l'éducation pour la santé
Création et utilisation d'une fiche commune d'évaluation validée par l'ensemble des financeurs
Nombre d'élus locaux ayant bénéficié d'une information écrite et orale
Nombre de fonctionnaires territoriaux ayant participé aux sessions de sensibilisation
Nombre de nouveaux projets territoriaux incluant un volet santé
Mise en œuvre dans les établissements scolaires d'un programme d'éducation pour la santé
Mise en place d'un groupe de travail interne à la FRAS sur l'éducation thérapeutique et l'éducation pour la santé.

Renforcer l'égalité d'accès géographique à l'éducation pour la santé.

- Renforcer les structures de proximité.
- Mettre en place des relais d'information.

Argumentaire

Il s'agit de veiller à une répartition géographique équitable, permanente et cohérente des services et activités au niveau local.

L'ensemble de la population doit pouvoir avoir accès à de l'information, par le biais de diffusion de documents par les Comités Départementaux d'Éducation pour la Santé (CODES) via des relais de proximité implantés localement (centres médico-sociaux, mairies...). Un groupe de travail précisera la stratégie concernant la fonction documentaire de proximité.

Il s'agit également de soutenir les demandes et initiatives locales en éducation pour la santé et d'améliorer la coordination des acteurs locaux.

Des programmes d'éducation pour la santé pourraient être intégrés dans le cadre des différents projets territoriaux. L'information pourra également être diffusée par des relais locaux agissant notamment en milieu rural. Ces acteurs locaux pourraient être sensibilisés par des sessions d'information. Enfin, les médias locaux pourraient être des relais d'information de santé.

Inscription dans les stratégies nationales et régionales

L'objectif du Plan national d'éducation pour la santé de février 2001 est que chaque citoyen ait accès à une éducation pour la santé de qualité, quel que soit son statut social et professionnel, quel que soit l'endroit où il habite, quelle que soit l'école qu'il fréquente, quel que soit le professionnel de santé qu'il consulte.

Renforcer l'égalité d'accès géographique à l'éducation pour la santé est un des quatre objectifs du SREPS de Franche-Comté 2004-2008.

Textes de référence

- ▶ Plan national d'éducation pour la santé 2001
- ▶ Schéma régional d'éducation pour la santé de Franche-Comté 2004-2008

→ INDICATEURS

Des indicateurs de suivi des actions correspondant à cet objectif ont été définis dans le cadre du SREPS :
Définition d'une stratégie concernant la fonction documentaire de proximité
Nombre et type de relais de diffusion mis en place par département
Nombre et type de documents diffusés
Nombre de projets ayant bénéficié d'un conseil méthodologique
Existence de réunions de coordination et nombre de projets et actions présentés
Nombre de sessions de sensibilisation des acteurs locaux à l'éducation pour la santé
Existence de projets ou de demandes en éducation pour la santé de la part des participants.

5

DÉVELOPPER
DES OUTILS
EN SANTÉ
PUBLIQUE

Programme
de travail
complémentaire

ALERTE
ET GESTION
DES SITUATIONS
D'URGENCE
SANITAIRE

OBJECTIF STRATÉGIQUE N°

6

== Objectifs
prioritaires
p. 78

6 ALERTE ET GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE

Objectifs prioritaires

6.1

Objectif 6.1

Améliorer la sensibilité du dispositif de surveillance.

- Renforcer les systèmes de surveillance existants.
- Développer une animation de cette fonction avec l'ensemble des partenaires.
- Développer de nouveaux systèmes de surveillance.

Objectif

Renforcer la capacité d'anticipation sur les situations d'urgence sanitaire.

Méthode

1. Développer localement une animation des partenaires du système afin d'établir et/ou de maintenir un état de vigilance permanente, de renforcer la culture du signalement et d'améliorer les interactions services de l'État/partenaires.

Ce travail doit permettre de déboucher sur des échanges d'information opérationnels entre l'autorité sanitaire et les professionnels de santé. Ces interactions doivent aussi fonctionner entre les services de l'état (sanitaires, sociaux, environnementaux) et avec les collectivités locales. L'augmentation des signalements dans les départements en découlant doit permettre une meilleure connaissance du bruit de fond en matière d'évènements d'urgence sanitaire à traiter.

2. Conduire un travail, en lien avec la Cellule inter-régionale d'épidémiologie (CIRE), afin de :

- déterminer les évènements, les pathologies qu'il conviendrait de surveiller prioritairement dans la région ;

- concevoir ces dispositifs en identifiant pour chacun d'entre eux les indicateurs, la période et le territoire de la surveillance.

Ce travail sera conduit tout particulièrement avec les dispositifs de permanence des soins en place ; les professionnels de santé libéraux (secteurs de garde, régulations médicales, maisons médicales, SOS médecins) et les établissements de santé (services d'accueil des urgences, régulation C15) voire aussi les établissements médicaux sociaux particulièrement concernés par les urgences sociales.

Actions initiées

- Organisation d'un système de surveillance dans les services d'accueil des urgences hospitalières.
- Groupes de travail en cours de constitution.
- Étude en cours sur l'apport des réseaux de santé dans le système de surveillance

→ INDICATEUR

Pourcentage de services d'accueil des urgences ayant mis en place le système de surveillance : 100 % à la fin 2006.

6.2

Objectif 6.2

Améliorer les réceptions et analyses des signaux générés par les systèmes d'alerte.

Objectifs

Organiser les processus de recueil et d'analyse des alertes.

Méthode

1. Animer des réunions de coordination entre les différents services de l'État :
 - pour définir les rôles et missions de chacun ;
 - pour former, coordonner, harmoniser, mutualiser les moyens mis en place pour la réception, la vérification, l'analyse des alertes sanitaires.
2. Développer, en lien avec l'expérimentation initiée par le ministère en charge de la santé (DHOS), un cadre organisationnel structuré de recueil des alertes dans les départements. Procédures internes, outils informatiques et statistiques... (2006)

3. Dans un deuxième temps, les autres partenaires locaux de l'État, de l'assurance maladie, des collectivités pourront être associés à ce travail.

Actions initiées

- État des lieux effectué en 2005 dans les DDASS, base de travail pour définir des actions à mettre en place.
- Réflexion à poursuivre pour la mise en place d'un système d'alerte à partir du système de surveillance des services des urgences.
- Groupe de travail acté pour intégrer les médecins libéraux dans un système d'alerte.

→ INDICATEUR

Pourcentage d'alertes identifiées par le système de remontée des alertes à partir des services des urgences et ayant été confirmées par les professionnels.

6.3

Objectif 6.3

Améliorer le dispositif de gestion des situations d'urgence sanitaire au sein de la région.

Objectifs

Faciliter les prises de décisions et la mise en place d'actions de santé publique visant à la protection de la santé de la population concernée par des situations d'urgence sanitaire (outils d'information, de communication, d'expertise, de formation)

Pour 2006, cet objectif sera ciblé de manière prioritaire sur la préparation des structures et professionnels à la survenue d'une pandémie grippale.

Méthode

1. Animation d'un groupe régional « astreinte et gestion des situations d'urgence sanitaire » chargé d'élaborer des outils d'aide à la décision et des procédures d'aide à la gestion de ces situations d'urgence sanitaires
2. Animation d'un groupe régional « plans sanitaires » pour coordonner et suivre les plans de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles afin d'améliorer leur opérationnalité.

Actions initiées

- Préparation de plans de formation régionaux relatifs aux plans sanitaires et tout particulièrement pour le plan pandémie grippale.
- Élaboration en cours de la valise comtoise d'aide à la gestion des situations d'urgence sanitaires.
- Mise en œuvre du plan de formation des cadres assurant les astreintes à la gestion des situations d'urgence sanitaire.
- Réflexion en cours pour l'élaboration de procédures permettant de renforcer la capacité des services de l'État à répondre aux situations d'urgence ou de crise sanitaire : capacité de s'organiser en cellule de crise, capacité de fonctionner en mode dégradé.

→ INDICATEURS

Nombre et pourcentage de structures et de professionnels de la santé et du secteur social formés au plan de lutte contre la pandémie grippale
Pourcentage des cadres des services déconcentrés de l'État assurant les astreintes ayant suivi au moins une formation à la gestion des situations d'urgence sanitaire : 80 % en 2006.

6

ALERTE
ET GESTION
DES SITUATIONS
D'URGENCE
SANITAIRE

■ Objectifs
prioritaires

→ Annexes

→ Plans et programmes nationaux et régionaux de référence

Annexe 1

Plans et programmes cités en référence	Objectifs prioritaires		Objectifs du programme de travail complémentaire
	Numéros	Pages	Pages
PLANS ET PROGRAMMES NATIONAUX			
Plan de lutte contre le cancer	1.1 / 1.3 / 1.4 / 1.5 / 1.6 1.9 / 2.1 / 2.5 / 3.3 / 3.4	16 / 18 / 19 / 20 23 / 34 / 38 / 49 / 50	55 / 56
Plan « santé-environnement »	2.1 / 2.2 / 2.3 / 2.4 / 2.5	34 / 35 / 36 / 37 / 38	40 / 41 / 43 / 44
Plan « maladies rares »	4.2	62	
Plan de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool	1.1 / 1.2 / 1.9	16 / 18 / 23	54 / 55
Programme national nutrition santé	1.3 / 1.4 / 1.5 / 3.1 / 3.2	18 / 19 / 48 / 49	
Plan périnatalité	1.9	23	
Programmes « VIH/sida - MST »	1.7	21	28 / 57 / 66
Plan hépatites virales C et B			28 / 57 / 66
Plan psychiatrie et santé mentale	3.5 / 3.6	51 / 52	26 / 56
Plan santé au travail	2.5	38	44 / 45
Programme quinquennal de prévention et d'éducation de l'Éducation Nationale	1.1 / 1.3 / 1.7	16 / 18 / 21	29 / 58
PROGRAMMES RÉGIONAUX			
Déclinaison régionale du Programme national nutrition santé	1.3 / 1.4 / 1.5 / 3.1 / 3.2	18 / 19 / 48 / 49	
Programme de préservation de l'autonomie des personnes âgées	1.10 / 3.2 / 4.3 / 4.4 / 4.5	24 / 49 / 64	
PRAPS	1.11 / 3.6	24 / 52	
SREPS	4.1 / 4.2 / 5.2 / 5.3 5.4 / 5.5	62 / 71 / 72 / 73	74 / 75
Contrat de partenariat Rectorat-DRASS	1.1 / 1.3 / 1.4 / 1.5 / 1.7	16 / 18 / 19 / 21	29 / 56
Documents généraux d'orientation en sécurité routière départementaux	1.2	18	30 / 44

→ Arrêté du Préfet de Région approuvant le Plan Régional de Santé Publique de Franche-Comté 2006 - 2008

Annexe 2



PREFECTURE DE LA REGION FRANCHE-COMTE

ARRETE N° 06/091
approuvant le Plan Régional de Santé
Publique de Franche-Comté 2006 - 2008

Le Préfet de la Région Franche-Comté
Préfet du Doubs
Officier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1411-11 et 1411-12 ;

Vu l'avis de la conférence régionale de santé de Franche-Comté lors de sa réunion plénière du 7 février 2006 ;

ARRETE

Article 1^{er} :

Le plan régional de santé publique de la région Franche-Comté pour la période 2006 - 2008 est approuvé.

Ce document est disponible à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Franche-Comté, 3 avenue Louise Michel 25044 Besançon Cedex
et consultable sur le site www.franche-comte.sante.gouv.fr.

Article 2 :

Le Secrétaire Général pour les Affaires Régionales de Franche-Comté et le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Franche-Comté.

Fait à Besançon, le **14 AVR 2006**

Le Préfet de Région,

Copie certifiée conforme
à l'original

Pour le Préfet de Région
L'Attaché,


Alban SOVICARROS

→ Glossaire

Annexe 3

AAH	Allocation Adulte Handicapé
ADECA	Association pour le Dépistage des Cancers en Franche-Comté
ALD	Affection de Longue Durée
AME	Aide Médicale État
AMPI	Assurance Maladie des Professions Indépendantes
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
APCC 25	Association pour la Prévention du Cancer du Col (Doubs)
API	Allocation Parent Isolé
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARPAM	Réseau de Surveillance de la Qualité de l'Air du Nord Franche-Comté
ASI	Appui Social Individualisé
ASQAB	Association de Surveillance de la Qualité de l'Air dans l'Agglomération Bisontine
ASS	Allocation Solidarité Spécifique
AT/MP	Accidents du Travail/Maladies Professionnelles
Bq	Bequerel
BTP	Bâtiment Travaux Publics
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
CCAA	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDAG	Consultation de Dépistage Anonyme et Gratuit
CECSC	Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté
CETAF	Centre Technique d'Appui et de Formation des Centres d'Examens de Santé
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CI	Contrat d'Insertion
CIAS	Centre Intercommunal d'Action Sociale
CIRE	Cellule Interrégionale d'Épidémiologie
CISIH	Centre d'Information et de Soins pour l'Immunodéficience Humaine
CLAN	Comité de Liaison Alimentation Nutrition
CMR	Caisse Maladie Régionale
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMUC	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNAV	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CO	Monoxyde de Carbone
CODES	Comité Départemental d'Éducation pour la Santé
COPIL	Comité de Pilotage

COREVIH	Comité de Coordination de la Lutte contre l'Infection par le VIH
COV	Composé Organique Volatil
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRES	Comité Régional d'Éducation pour la Santé
CRS	Conférence Régionale de Santé
CSP	Code de Santé Publique
CSST	Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDSV	Direction Départementale des Services Vétérinaires
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DGS	Direction Générale de la Santé
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIREN	Direction Régionale de l'Environnement
DRAF	Direction Régionale de l'Agriculture et de la Forêt
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRDR	Dotation Régionale de Développement des Réseaux
DRE	Direction Régionale de l'Équipement
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DRIRE	Direction Régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement
DRSP	Direction Régionale des Services Pénitentiaires
DRTEFP	Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DTCP	Diptérie - Tétanos - Coqueluche - Poliomyélite
DTP	Diptérie - Tétanos - Poliomyélite
DUP	Déclaration d'Utilité Publique
FAJ	Fonds d'Aide aux Jeunes
FRAS	Fédération Régionale des Associations en Santé
FRS-FC	Fédération des Réseaux de Santé de Franche-Comté
GREPPES	Groupement Régional d'Études de la Pollution par les Phytosanitaires des Eaux et Sols
GRSP	Groupement Régional de Santé Publique
HCSP	Haut Comité de Santé Publique
IMC	Indice de Masse Corporelle
Indice CAO	Nombre moyen de dents cariées absentes ou obstruées
INPES	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
InVS	Institut de Veille Sanitaire
IPRP	Intervenant en Prévention des Risques Professionnels
IRV	Institut Régional du Vieillessement
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MAS	Maison d'Accueil Spécialisé
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
MRS	Mission Régionale de Santé
MRSP	Maison Régionale de Santé Publique

MSA	Mutualité Sociale Agricole
Nox	Oxyde d'Azote
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDSP	Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PAI	Projet d'Accueil Individualisé
PAPA	Programme de Préservation de l'Autonomie des Personnes Âgées
PASER	Projet d'Action Stratégique de l'État en Région
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PBF	Ponction Biopsie du Foie
PCR	Polymerase Chain Reaction
PDASR	Plan Départemental d'Actions de Sécurité Routière
PDI	Plan Départemental d'Insertion
PME	Petites et Moyennes Entreprises
PNNS	Programme National Nutrition Santé
PNSE	Plan National Santé Environnement
PRADIE	Pôle Régional d'Animation et de Développement par l'Économique
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des Personnes Précaires
PRCAM	Programme Régional Commun de l'Assurance Maladie
PRIAC	Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie
Produits CMR	Produits Cancérigènes, Mutagènes et Reprotoxiques
PRS	Programme Régional de Santé
PRSP	Plan Régional de Santé Publique
REHVOC	Réseau Ville Hôpital - Hépatite C
REPOP F-C	Réseau Ville - Hôpital de Prévention et de Prise en Charge de l'Obésité Pédiatrique en Franche-Comté
RMA	Revenu Minimum d'Activité
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
ROR	Rougeole - Oreillons - Rubéole
SCHS	Service Communal d'Hygiène et de Santé
SDF	Sans Domicile Fixe
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SREPS	Schéma Régional d'Éducation pour la Santé
SROS	Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
TAR	Tour Aéroréfrigérante
TMS	Troubles Musculo-Squelettiques
TS	Tentative de Suicide
Udi	Unité de Distribution
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URSSAF	Union de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales
VHB	Virus de l'Hépatite B
VHC	Virus de l'Hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZEP	Zone d'Éducation Prioritaire



DIRECTION RÉGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES

La City - 3, avenue Louise Michel

25044 Besançon Cedex

Tél. : 03 81 47 88 00 - Fax : 03 81 80 74 69

www.franche-comte.sante.gouv.fr