

 <i>Liberté • Égalité • Fraternité</i> RÉPUBLIQUE FRANÇAISE	 <i>Liberté • Égalité • Fraternité</i> RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS	MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA FONCTION PUBLIQUE



## Schéma Régional de Prévention

### - Guide méthodologique

4 novembre 2010

## SOMMAIRE

<b>1. PLACE DU SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION DANS LA PROGRAMMATION REGIONALE .....</b>	<b>2</b>
Transversalité au sein de l'ARS.....	3
Coordination avec les partenaires de l'ARS .....	5
<b>2. ARTICULATIONS AVEC LES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE NATIONALE DE SANTE.....</b>	<b>8</b>
<b>3. CONTENU DU SRP.....</b>	<b>9</b>
<b>4. REPERES POUR L'ELABORATION DU SRP .....</b>	<b>16</b>
<b>4.1 Veille, alerte, gestion des urgences sanitaires (VAGUSAN) .....</b>	<b>16</b>
4.1.1 Structurer l'organisation de la veille et de la sécurité sanitaire à l'échelle régionale.....	17
4.1.2 Homogénéiser le cadre de réception et de traitement des signaux et de gestion des alertes.....	17
4.1.3 Développer le signalement .....	17
4.1.4 Améliorer le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires.....	18
4.1.5 Développer la communication sur les urgences sanitaires .....	18
<b>4.2 Prévention et promotion de la santé (PPS) .....</b>	<b>19</b>
4.2.1 Affiner, en lien avec les autres secteurs de l'ARS et les partenaires extérieurs, la question des territoires pertinents.....	19
4.2.2 Identifier et prévoir l'évolution des ressources régionales.....	19
4.2.3 Leviers / outils .....	25
4.2.4 Choix des priorités et définition des objectifs pour le volet PPS.....	30
<b>ANNEXE 1 : VOLET VAGUSAN DU SRP .....</b>	<b>32</b>
<b>1. Etat des lieux.....</b>	<b>32</b>
<b>2. Fixation des objectifs.....</b>	<b>33</b>
<b>3. Programme d'actions .....</b>	<b>34</b>
<b>4. Evaluation .....</b>	<b>34</b>
<b>ANNEXE 2 : NOMENCLATURE DES OPERATEURS ET DES TYPES D' ACTIONS EN PPS : 2 EXEMPLES EXTRAITS DU SI PRSP ET DE L'OUTIL OSCARS .....</b>	<b>35</b>
<b>ANNEXE 3 : PLANS NATIONAUX DE SANTE PUBLIQUE.....</b>	<b>39</b>
<b>ANNEXE 4 : CADRES NATIONAUX DE PARTENARIAT .....</b>	<b>40</b>
<b>ANNEXE 5 : TEXTES DE REFERENCE .....</b>	<b>43</b>

Elaboré notamment à partir des besoins exprimés par les responsables des pôles prévention des ARS lors de l'atelier interrégional de juillet 2010, ce document vise à constituer une aide méthodologique lors de l'élaboration des schémas régionaux de prévention qui devront être finalisés en septembre 2011. Il tient compte des observations formulées lors des ateliers interrégionaux de mi-octobre 2010 et de la concertation organisée auprès des directions d'administration centrale et des agences nationales concernées.

Il s'inscrit dans un ensemble de documents d'appui produits par le secrétariat général des ministères sociaux, les directions d'administration centrale et les caisses pour la réalisation du projet régional de santé (PRS) et ses diverses composantes.

## 1. Place du schéma régional de prévention dans la programmation régionale

Le schéma régional de prévention (SRP) constitue une vision géographique et prospective de l'organisation des services et actions, des coopérations et financements dans les champs de la prévention, de la promotion de la santé et de la veille, de l'alerte et de la gestion des urgences sanitaires. Il vise à positionner les bons acteurs aux bons endroits, à identifier les leviers d'action ou de soutien aux actions dont ils disposent, ainsi que leurs domaines d'intervention, leurs forces et leurs faiblesses, leurs interdépendances... Il cherche également à améliorer la qualité et l'efficacité des actions par une professionnalisation du travail de prévention et une meilleure articulation avec les autres schémas et politiques portées par l'Etat, l'assurance maladie ou les collectivités<sup>1</sup>.

Tout comme le schéma régional d'organisation des soins (SROS) et le schéma régional d'organisation médico-social (SROMS), le SRP est un instrument de mise en œuvre du plan stratégique régional de santé (PSRS) qui sera arrêté fin avril 2011, au terme d'une évaluation des besoins de santé régionaux et d'une première analyse de l'offre dans les domaines de la prévention, du soin et du médico-social. Le PSRS fixera ainsi des objectifs en matière de<sup>2</sup> :

- Prévention ;
- Amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé ;
- Réduction des inégalités sociales et territoriales en santé ;
- Qualité et efficacité des prises en charge ;
- Respect des droits des usagers.

Le PSRS comportera également des mesures de coordination avec d'autres aspects de la politique de santé, notamment dans les domaines de la protection maternelle et infantile, de la santé au travail, de la santé en milieu scolaire et universitaire et de la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

<sup>1</sup> Article R.1434-3 du code de la santé publique (CSP)

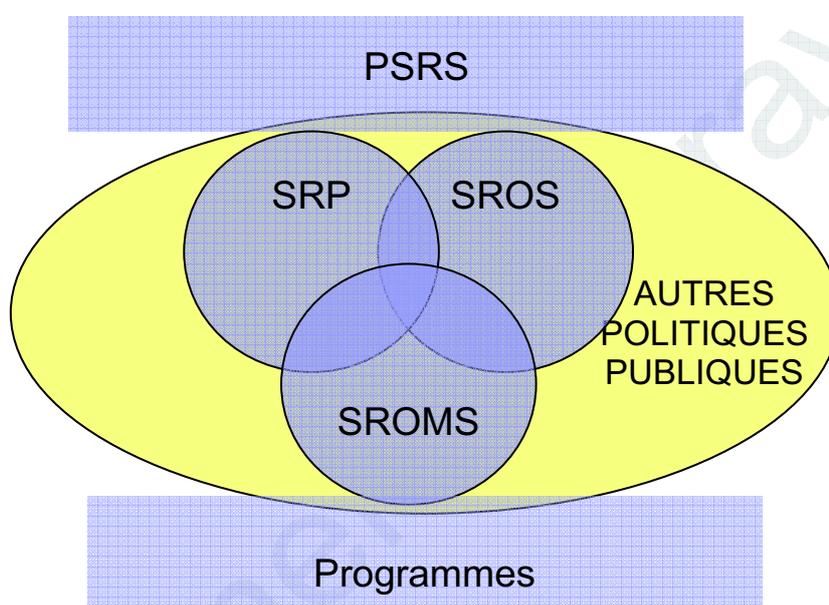
<sup>2</sup> Voir articles L. 1434-2 et art. R1434-1 et suivants du CSP :

[http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20100520&numTexte=43&pageDebut=09285&pageFin=09287](http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20100520&numTexte=43&pageDebut=09285&pageFin=09287)

L'article L.1434-2 du code de la santé publique (CSP) dispose que les trois schémas régionaux mettent en œuvre le PSRS. Ils doivent ainsi organiser des services et des activités pour atteindre les objectifs stratégiques des catégories précitées.

Ils se situent également en amont des déclinaisons opérationnelles que constituent les programmes, troisième composante du PRS, qui visent à prévoir et décrire les actions ou services qui seront, *in fine*, menées auprès de la population ou des professionnels.

Pour autant, le travail par secteur (prévention, soin, médico-social) que constituent l'élaboration, puis la mise en œuvre, des schémas ne doit pas affaiblir l'une des raisons d'être de la réforme qui est de développer les transversalités entre des secteurs et des professionnels, au sein comme en dehors de l'ARS, afin de mieux répondre aux besoins de la population, sortir des logiques d'acteurs et fluidifier les parcours de vie.



### Transversalité au sein de l'ARS

En plus du champ qu'il couvre, le SRP présente diverses particularités par rapport au schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et au schéma régional d'organisation médico-social (SROMS) :

- La population cible du SRP est l'ensemble de la population de la région (promotion de la santé) ;
- Les articulations avec les partenaires extérieurs à l'ARS et au monde de la santé sont particulièrement marquées pour le SRP : santé scolaire, universitaire, santé au travail, santé environnementale et ensemble des partenaires agissant sur les déterminants de la santé ;
- Les acteurs du SRP sont ceux des deux autres schémas, plus les organismes de prévention/promotion de la santé, et les acteurs des autres politiques publiques de l'Etat et des collectivités territoriales ayant une action en matière de santé, ou sur les déterminants de la santé ;

- Des antériorités et des savoir-faire différents existent au sein de l'ARS : SROS « hospitalier » (antériorité marquée), SROS ambulatoire (nouveau), aucune organisation régionale préalable du médico-social très « départementalisé », des schémas régionaux d'éducation pour la santé depuis 2003 et un groupement régional de santé publique (avec son programme régional de santé publique);
- Seul le volet dit « hospitalier » du SROS est opposable.

En dépit de ces différences, la convergence entre les schémas sera facilitée en considérant, du point de vue des usagers, les continuums

- [prévention – soin – médicosocial],
- et [prévention – alerte – gestion des urgences].

Plus précisément, il s'agira, au moment de l'élaboration du SRP, de susciter les articulations<sup>3</sup> :

- avec le SROS (et son volet ambulatoire) notamment pour ce qui concerne la prévention médicalisée, l'éducation pour la santé, la prévention au bénéfice du patient et de son entourage mais aussi la veille et la gestion des crises.
- avec le SROMS, pour tout ce qui a trait au développement d'une offre de prévention (au sens large) de qualité et efficiente pour les publics accueillis dans les établissements (ou par les services) pour personnes handicapées, dépendantes ou présentant des difficultés spécifiques. Mais aussi pour la veille et la gestion de crise au sein de ces établissements.
- avec l'assurance maladie, notamment s'agissant de l'éducation pour la santé, de la prévention médicalisée et de l'éducation thérapeutique, pour préparer la mise en œuvre du programme régional de gestion du risque assurantiel en santé (PRGDR). Cette articulation pourra s'appuyer sur l'objectif 9 du nouveau contrat Etat-UNCAM, en cours de finalisation (voir en annexe 4, la rédaction actuelle).

Point pratique:

Le présent document ne préjuge pas de l'organisation interne que l'ARS mettra en place pour élaborer le SRP.

Toutefois, afin de travailler les interfaces entre les schémas (SRP, SROS, SROMS), il faudrait que chacun d'entre eux puisse être préparé en associant des partenaires des secteurs correspondant aux deux autres.

Pour l'élaboration du SRP, il est donc recommandé de monter une équipe projet avec un lien formalisé avec les autres secteurs (ex : présence au sein de l'équipe SRP d'une personne du pôle soin et une du pôle médico-social) et avec des responsables de la gestion du risque.

De même, pour renforcer le lien entre le niveau stratégique – PSRS – et celui de l'offre en matière de prévention, le lien entre les responsables de ces deux composantes du PRS doit être formalisé.

<sup>3</sup> Voir « Agences régionales de santé – Promotion, prévention et programmes de santé », sous la direction de F. Bourdillon. Ed. Inpes, août 2009. Fiches 4 et 5, page 70 et suiv. Consultable en ligne sur <http://www.inpes.sante.fr/>

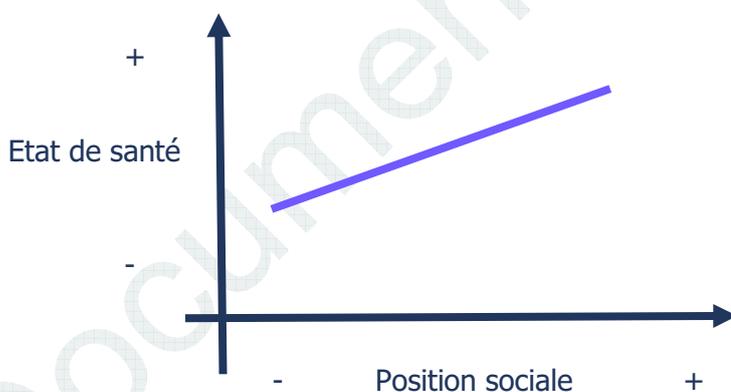
## Coordination avec les partenaires de l'ARS

Pour développer la promotion et l'éducation pour la santé, afin notamment de lutter contre les inégalités sociales de santé, le SRP doit susciter les partenariats avec diverses autorités compétentes pour certains milieux, âges de la vie ou déterminants de la santé. Il devra prendre en compte, en particulier, les actions de prévention conduites par les services de PMI, de la santé scolaire et universitaire, et de la santé au travail.

Les deux commissions de coordination, relatives à la prévention et aux prises en charge médico-sociales, sont des points d'appui importants pour le développement de ces transversalités, notamment entre PRS et plan régional santé environnement d'une part et PRS et plan régional santé au travail d'autre part.

### **Le rôle majeur du SRP pour réduire les inégalités sociales de santé (ISS)<sup>4</sup>**

La situation sanitaire française est marquée par un paradoxe : l'espérance de vie à la naissance est parmi les plus élevées en Europe mais les inégalités sociales de santé (ISS) sont également parmi les plus importantes. Elles peuvent être définies comme des différences d'état de santé systématiques (non dues au hasard) entre groupes sociaux. Elles traversent l'ensemble de la population, faisant parler de « gradient social de santé ». Elles vont bien au-delà du constat d'un état de santé dégradé pour les personnes les plus démunies. Schématiquement, pour la plupart des indicateurs de santé et d'indicateurs de position sociale (revenu, niveau d'éducation, CSP...), on observe une relation de ce type :



Exemples : concernant la mortalité, l'espérance de vie à 35 ans d'un homme cadre supérieur est de 7 ans plus élevée que celle d'un ouvrier. Pour le même cadre, l'espérance de vie sans incapacité est de 10 ans supérieure à celle de

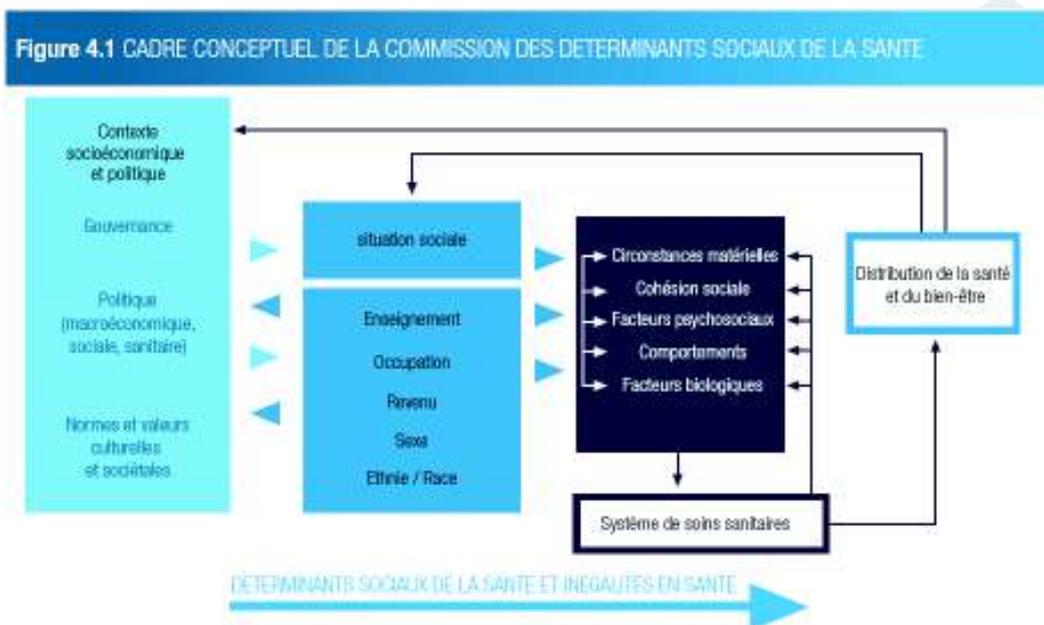
<sup>4</sup> Voir également :

1. « Agences régionales de santé – Les inégalités sociales de santé », sous la direction de B. Basset. Ed. Inpes, août 2009. Consultable en ligne sur <http://www.inpes.sante.fr/>
2. Rapport du Haut conseil de la santé publique: « les inégalités sociales de santé, sortir de la fatalité » [http://www.hcsp.fr/docs/pdf/avisrapports/hcspr20091112\\_inegalites.pdf](http://www.hcsp.fr/docs/pdf/avisrapports/hcspr20091112_inegalites.pdf)
3. Rapport final du consortium DETERMINE [www.healthinequalities.eu](http://www.healthinequalities.eu)
4. Commission des déterminants sociaux de la santé (OMS) [http://www.who.int/social\\_determinants/fr/index.html](http://www.who.int/social_determinants/fr/index.html)

l'ouvrier. Le taux de mortalité prématurée des hommes sans diplômes (risque de décès avant 65 ans) est 2,5 fois plus élevé que celui des hommes ayant fait des études supérieures.

Ces inégalités commencent dès l'enfance (la prévalence de l'obésité, de l'asthme, l'état dentaire, le recours aux soins spécialisés, le développement psychomoteur cognitif et langagier des enfants sont très stratifiés selon la position sociale de la famille). Elles expliquent pour partie la reproductibilité des ISS d'une génération à l'autre, puisque les difficultés accumulées dans l'enfance se traduisent par des trajectoires de vie rendant peu probables l'accès à des études supérieures, un emploi qualifié, des revenus conséquents etc.

La compréhension des ISS nécessite de se référer à un modèle global des déterminants de la santé.



Source: Tiré et modifié de Solar & Irwin, 2007.

Schéma des déterminants de la santé  
(Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS - 2008)

En effet, l'âge, le sexe, les facteurs génétiques, comme les comportements individuels ne suffisent pas à expliquer les différences observées. Le poids des conditions de travail, de vie, la qualité des liens sociaux, l'éducation, ont un impact important sur la fréquence des comportements « à risque », sur l'accès à la prévention, au diagnostic et aux soins. Les parcours de vie difficiles, construits dès l'enfance, entraînent une accumulation de pertes de chance sur le plan de la santé.

On comprend dès lors que les réponses, en termes de politique publique, se situent largement hors du cadre sanitaire traditionnel, même si l'administration de la santé (en l'occurrence l'ARS) a un rôle majeur de sensibilisation et d'entraînement des autres autorités et institutions susceptibles d'améliorer les déterminants sociaux de la santé.

La lutte contre les inégalités de santé nécessite donc un double équilibre pour l'action publique régionale :

- ne pas se contenter d'actions à destination des plus démunis (même si elles restent nécessaires), mais apporter des réponses tout au long du gradient social selon le principe « d'universalisme proportionné » aux désavantages subis ;

- mener des actions dans le champ de la santé (accès aux soins, à la prévention), mais également sur l'ensemble des déterminants de la santé.

De telles politiques ont certes un coût, mais il a été également démontré qu'elles pouvaient être un investissement rentable sur le plan de la santé publique. Une étude publiée le 24 juin 2010 dans le *British Medical Journal* conclut que « l'augmentation des dépenses sociales a un meilleur impact sur la santé qu'une augmentation des dépenses de santé. Une augmentation de 100 dollars par individu des budgets sociaux (dépenses de santé exclues) diminue de 2,8 % les décès liés à l'alcool, de 1,2% la mortalité cardiovasculaire, de 0,62% les morts par suicide et de 4,34% celles dues à la tuberculose. Une hausse de 100 dollars des dépenses de santé par individu provoque une diminution de 0,82% de la mortalité par cancer, de 0,28% de celle d'origine cardiovasculaire, et de 3,15% de celle par suicide».

Au titre du schéma régional de prévention, la lutte contre les ISS concerne notamment :

- la promotion de la santé, par la mobilisation des partenaires extérieurs à l'ARS et l'action sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé ;
- l'éducation pour la santé, par la définition des publics et thèmes prioritaires au niveau régional ;
- la prévention médicalisée, en favorisant, par exemple, l'accès des publics actuellement non atteints par les dépistages organisés ou recommandés ;
- l'éducation thérapeutique, en mettant l'accent sur son accessibilité et son adaptation pour les publics vulnérables ou fragiles ;
- la veille et la sécurité sanitaire (pour exemple la vaccination contre la grippe H1N1 semble avoir plus bénéficié aux plus favorisés, alors qu'il s'agit d'un système d'accès aisé et gratuit).

Pour toutes ses composantes, une recherche permanente de la qualité des actions conduites est nécessaire.

Il faudra en outre :

- Continuer à favoriser l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) ;
- Cibler des actions en direction de la famille et de la petite enfance, comme sur certains risques, milieux ou pathologies particulièrement stratifiés socialement et dont le poids épidémiologique est très marqué (cancer, alcool, santé au travail...);
- Concrétiser l'intégration de la santé dans toutes les politiques en développant la réalisation des études d'impact sur la santé des autres politiques, incluant l'étude de la distribution de leurs effets au sein de la population ;
- Passer, tant dans les phases d'élaboration que de suivi et d'évaluation, tous les instruments de la programmation régionale au crible du questionnement de leurs effets potentiels sur les ISS ;
- S'appuyer sur les instances de démocratie locale ou régionale ;
- Renforcer les démarches de partenariat local, grâce notamment à des outils tels que les contrats locaux de santé (CLS) ;
- Former et communiquer sur cette question, dans l'ARS comme hors de l'ARS.

## 2. Articulations avec les orientations de la politique nationale de santé

Les ARS n'ont pas vocation à développer des politiques régionales de santé. A l'instar de l'ensemble des composantes du PRS, le SRP s'inscrit donc dans le cadre de la **politique nationale de santé** en cours de définition<sup>5</sup>, dont il assure la déclinaison régionale dans son champ.

Il doit répondre aux enjeux de :

- de poursuite de l'amélioration du niveau global de santé
- de préservation de la qualité du système de santé français ;
- de réduction des inégalités de santé entre groupes sociaux, entre territoires et entre hommes et femmes ;
- de préservation du capital santé, en agissant sur les déterminants clefs de la santé (cadre et conditions de vie, comportements individuels) ;
- de qualité et de réactivité de la réponse en cas d'alerte ;
- d'anticipation et d'adaptation au vieillissement de la population ;
- d'optimisation de l'utilisation des ressources disponibles ;
- d'adhésion de la population à la politique de santé.

Il s'inscrit dans les trois finalités poursuivies par la politique nationale de santé :

- promouvoir l'égalité devant la santé, dès les âges les plus jeunes de la vie<sup>6</sup> ;
- préserver ou restaurer la capacité d'autonomie de chacun<sup>7</sup> ;
- renforcer la protection de la santé face aux évolutions des enjeux sanitaires<sup>8</sup>.

Il s'appuie sur les principes suivants :

- une approche globale : approche intersectorielle prenant en compte les déterminants de santé, approche intégrée et personnalisée des situations de santé ;
- une réponse fondée sur le progrès des connaissances ;
- une prise en charge adaptée aux situations de santé ;
- une politique pilotée et évaluée ;
- une action lisible et en mesure de susciter l'adhésion de la population.

<sup>5</sup> Voir note DGS relative à la politique nationale de santé publique

<sup>6</sup> En agissant tout au long du gradient social de santé, par une politique intersectorielle.

<sup>7</sup> Notamment par une participation active de chacun à sa propre santé, et par des parcours de soins adaptés.

<sup>8</sup> En préservant, sur la durée, le niveau global de santé et l'accès à des services de santé de qualité, et en poursuivant le développement de la capacité de réponse aux alertes et aux crises sanitaires.

### 3. Contenu du SRP

Respectant les termes de l'article R.1434-3 du code de la santé publique, issu du décret PRS du 18 mai 2010, le SRP sera construit selon l'architecture suivante :

1. Une partie introductive : rappel des cadres de référence, des objectifs du PSRS et du champ du SRP ;
2. Un volet relatif à la veille, l'alerte et la gestion des urgences sanitaires (VAGUSAN) ; ce champ comporte une forte articulation avec les autres services de l'Etat, ainsi qu'avec les autres schémas (à tous les stades : veille, alerte, gestion).
3. Un volet relatif à la prévention et à la promotion de la santé, et à la santé environnementale (PPS).

Ce volet devra comprendre les orientations, visant pour chaque territoire de santé, à améliorer l'offre de services de promotion de la santé et de prévention (individuelle et collective). Il s'agit là de contribuer à l'atteinte des objectifs du PSRS par une évolution favorable de l'offre selon une double approche :

- Quantitative (positionnement des acteurs, couverture des territoires, des thèmes des populations etc.) ;
- Qualitative (amélioration de la qualité des interventions).

Il devra envisager clairement les modalités de coopération entre les acteurs des trois schémas, pour ce qui concerne la prévention. Il intégrera l'offre de prévention et de promotion de la santé, provenant des autres acteurs institutionnels régionaux (collectivités, autres services de l'Etat).

Le volet prévention promotion de la santé (PPS) sera organisé en 4 sous-parties :

#### 3.1 La promotion de la santé

Outre les actions destinées à renforcer la capacité de chacun (la cible est l'ensemble de la population) à agir dans un sens favorable à sa santé et à celle des autres (cf le point 3.2 sur l'éducation pour la santé), la promotion de la santé comprend un ensemble d'activités à portée sociale, économique et politique. Ces activités visent à :

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

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

- déterminants environnementaux (qualité de l'air et de l'eau, habitat, transports, urbanisme, conditions de travail...)
- déterminants sociaux (niveau d'éducation, insertion sociale et support social, milieu culturel, accès aux services publics...) et économiques (niveau de revenu, statut sur le plan de l'emploi...)
- déterminants liés au système de santé (accès aux soins, qualité et sécurité des soins, accès au progrès technique).

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

L'action sur ces déterminants relève pour partie de l'action de nombreuses institutions partenaires de l'ARS (PMI, santé scolaire, santé au travail etc.) mais également des collectivités locales et des acteurs économiques. Elle utilise des méthodes d'intervention fondées sur la participation des personnes et des groupes, sur l'implication des communautés, et sur la mobilisation des ressources présentes sur chaque territoire<sup>9</sup>. Elle justifie donc d'une action de plaider auprès des acteurs hors du champ de la santé en ce qui concerne les déterminants sociaux et environnementaux.

### 3.2 L'éducation pour la santé

Elle s'inscrit, comme l'éducation thérapeutique du patient, dans le cadre général de la promotion de la santé. L'identification d'un chapitre particulier consacré à l'éducation pour la santé permettra de mieux identifier les acteurs et les leviers impliqués.

L'éducation pour la santé comprend toutes les activités visant intentionnellement l'accroissement des connaissances en matière de santé et le développement d'aptitudes influençant positivement la santé des individus et des groupes.<sup>10</sup>

Elle s'attache à développer :

- la démocratie participative et l'action communautaire, en prenant appui sur les demandes et représentations des publics auxquels elle s'adresse, en définissant avec ces publics les objectifs de ses interventions, en utilisant des méthodes favorisant la participation et l'« empowerment ».
- les aptitudes personnelles et collectives, en accompagnant les publics dans la proximité et la durée, et en installant des situations pédagogiques laissant une place aux individus et aux groupes dans la construction et l'appropriation des savoirs et compétences.

#### **La promotion et l'éducation pour la santé dans le champ de la périnatalité et de la petite enfance<sup>11</sup>**

La périnatalité et la petite enfance sont des périodes durant lesquelles peuvent se cumuler un ensemble de difficultés qui vulnérabilisent les femmes enceintes, les mères, et les enfants en bas âge : absence ou précarité de l'emploi, habitat de mauvaise qualité, difficultés familiales, carences alimentaires ou malnutrition, couverture sociale mal assurée... Les personnels de santé comme certains travailleurs sociaux sont parfois insuffisamment outillés et trop isolés pour apporter des réponses adaptées à ces situations.

Le rôle majeur de l'ARS est de susciter les articulations entre les différents acteurs du champ : PMI, ASE, services hospitaliers de pédiatrie, néonatalogie et maternité, avec les intersecteurs de pédopsychiatrie, les services de santé scolaire, la médecine libérale, les représentants des familles etc. Ces articulations auront pour objectifs de favoriser les échanges de pratiques

<sup>9</sup> Voir « Agences régionales de santé – Promotion, prévention et programmes de santé », sous la direction de F. Bourdillon. Ed. Inpes, août 2009. Fiches 1, page 48 et suiv. Consultable en ligne sur <http://www.inpes.sante.fr/>

<sup>10</sup> Idib, fiche 19, page 144.

<sup>11</sup> A partir de « Agences régionales de santé – Promotion, prévention et programmes de santé », sous la direction de F. Bourdillon. Ed. Inpes, août 2009. Fiches 1, page 48 et suiv. Consultable en ligne sur <http://www.inpes.sante.fr/> et « Agences régionales de santé – Les inégalités sociales de santé », sous la direction de B. Basset. Ed. Inpes, août 2009. Consultable en ligne sur <http://www.inpes.sante.fr/>

préventives, valoriser les expériences les plus porteuses et mettre à disposition les ressources sur certaines thématiques (prévention de l'obésité, prévention de l'insalubrité des logements...), en lien avec les actuels pôles de compétence régionaux, les IREPS et l'INPES. Des projets de coopération et d'articulation des professionnels pourraient prendre corps dans les domaines de l'éducation pour la santé, de la formation médicale continue, sur des thématiques comme le handicap et les maladies chroniques de l'enfant, la protection de l'enfance, la prévention psychologique, la santé familiale.

Le travail en réseau est en effet porteur de multiples améliorations potentielles avec aujourd'hui des initiatives sur le 1er entretien individuel de préparation à la naissance systématisé par la loi de protection de l'enfance, sur des staffs médico-psychosociaux prénataux permettant d'anticiper des accompagnements nécessaires, sur les outils de liaison maternités/PMI... La coordination avec la pédopsychiatrie est elle aussi à développer. La PMI est un levier essentiel pour prendre en charge les problématiques psychosociales souvent déterminantes dans la période des premiers « accordages parents-enfants ». Dans le postnatal, elle devrait être associée, avec les services de néonatalogie et les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), à des politiques plus systématiques de suivi des jeunes enfants ayant eu une souffrance à la naissance ou révélant des signes de difficultés de développement en dehors de ce contexte (la moitié des handicaps « seulement » est d'origine périnatale).

Pour la petite enfance, il convient d'améliorer la prise en compte des problèmes liés à l'environnement (asthme, saturnisme) mais aussi de renforcer la mise en place des bilans de santé des 3-4 ans. Ces bilans permettent le repérage voir le dépistage de plusieurs problèmes : sensoriels, bucco dentaires, psychologiques et comportementaux, développement du langage, surpoids et obésité. Il est aussi essentiel pour la PMI de s'assurer que les troubles repérés ou dépistés soient bien pris en charge. Un indicateur de taux de prise en charge pour certains types de troubles dépistés (visuels, auditifs...) serait facile à établir avec l'aide des équipes de Santé scolaire qui revoient les mêmes enfants à 6 ans. Pour agir de façon éclairée, les services de PMI ont aussi besoin de disposer de données épidémiologiques, qu'il est parfois difficile pour chacun d'entre eux de constituer. L'ARS pourrait organiser un travail de rapprochement des diverses sources de données afin de disposer d'outils performants et partagés relatifs à la périnatalité, et à la petite enfance.

Pour faciliter la convergence fonctionnelle des territoires de compétences des différents services impliqués, l'ARS pourrait diffuser les cartes géographiques et les coordonnées des différents secteurs existants que cela soit les territoires de santé, d'action sociale et de PMI, de santé scolaire, de pédopsychiatrie et de psychiatrie, des communautés périnatales.

Pour favoriser une dynamique de projets, l'ARS pourrait aussi développer l'interface avec la PMI, les Ateliers santé ville, les pôles de compétence régionaux d'éducation pour la santé. Des contrats locaux de santé pourraient être envisagés entre ces partenaires.

L'ARS devra aussi soutenir et/ou impulser la mise en place d'actions qui favorisent l'acquisition de facteurs de protections et de compétences psychosociales

- Faciliter l'allaitement maternel : activités de conseil en matière d'allaitement maternel. Le développement de l'allaitement maternel nécessite une politique régionale volontariste forte d'information, de sensibilisation auprès des futurs

parents, mais aussi de mobilisation et de formation des professionnels de santé tant hospitaliers que libéraux.

- Développer et renforcer le « lien d'attachement » parents-enfant ; ainsi que le soutien à la parentalité par la structuration de programmes d'éducation parents-enfants.

- Développer les programmes d'intervention précoce pour les enfants et leur famille vivant dans un contexte de vulnérabilité (agir sur le développement moteur, langagier, cognitif et social), dont l'implantation se fait en milieu collectif d'accueil et/ou avec des interventions à domicile pour des parties plus individualisées.

- Assurer la mise en place d'activités pérennes en éducation pour la santé adaptées dès la naissance (PMI, crèches, ASE), ainsi qu'en maternelle et dans les programmes de réussite éducative, en coordination avec les collectivités territoriales et l'éducation nationale.

L'ARS pourrait enfin impulser ou soutenir le développement de l'offre de formation des professionnels (santé, social et éducatif) et les échanges de pratiques sur la prise en charge de la petite enfance, et développer les échanges entre les professionnels et les institutions intervenantes : PMI, ASE, Education nationale, libéraux, CMP, CAMPS....

### **3.3 La prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques**

Elle correspond à la prévention orientée, destinée aux divers sous-groupes, en fonction de leurs risques spécifiques – qu'existent ou non des facteurs de risque. Elle fait souvent appel à des interventions réalisées par des acteurs du soin, imposant ainsi une forte articulation du SRP avec le SROS et, notamment, son volet ambulatoire.

Les encadrés ci-dessous présentent deux exemples de prévention sélective qui seront à décliner dans chacun des schémas de prévention régionaux : les vaccinations et le dépistage des cancers. De façon plus générale, les objectifs définis dans le PSRS permettront, dans le champ de la prévention médicalisée, de recenser les évolutions d'organisation des services et des acteurs dans le champ du schéma de prévention.

#### **Vaccination et schéma régional de prévention**

L'amélioration de la protection vaccinale de la population est un objectif pour l'ensemble des ARS qui devront veiller à :

- l'amélioration des données en matière de vaccinations, comprenant les données sur les taux de couverture vaccinale, sur les effets indésirables des vaccins, mais aussi celles issues de la surveillance des maladies cibles à prévention vaccinale,
- la sensibilisation, l'information et la mobilisation des professionnels de santé et du public sur l'importance et l'intérêt des vaccinations (obligatoires et recommandées).

Au titre du SRP, l'ARS devra notamment veiller à la coordination des professionnels et services effectuant les vaccinations afin de faciliter les échanges d'expérience, d'harmoniser les pratiques et de développer une expertise régionale sur les vaccinations.

Les dispositions du schéma pourront ensuite trouver leur traduction opérationnelle dans les actions suivantes :

- élaborer, mettre en œuvre et évaluer un programme régional sur les maladies à prévention vaccinale, correspondant aux orientations de la politique vaccinale nationale, en lien avec tous les partenaires impliqués dans le champ des vaccinations ;
- disposer de données régionales en matière de vaccinations en lien avec les CIRE / InVS, les ORS, les centres régionaux de pharmacovigilance ;
- contractualiser avec les futures unions régionales des professions de santé (URPS) sur des objectifs de couverture vaccinale ;
- suivre et évaluer la mise en œuvre régionale de la recentralisation pour le champ de la vaccination (nécessité d'associer les collectivités territoriales qui ont gardé la compétence en ce domaine) : incluant l'habilitation des centres de vaccination, l'établissement des conventions avec les conseils généraux qui gardent cette compétence, la synthèse et l'analyse des rapports d'activité et performance des structures, le suivi des moyens alloués...

Le caractère médical de la vaccination impose des articulations étroites entre le SRP et le SROS. De même, l'organisation des établissements et services médico-sociaux doit intégrer un objectif d'amélioration de la couverture vaccinale de la population accueillie.

### **Schéma régional de prévention et dépistage des cancers**

Les cancers constituent aujourd'hui la première cause de mortalité et de mortalité prématurée. Ils sont également fortement impliqués dans les inégalités sociales de mortalité observées en France.

Au-delà des dispositions que l'ARS devra prévoir en termes de promotion de la santé et de lutte contre les comportements et expositions à risque (dont les risques environnementaux et ceux liés au travail), le SRP devra, conformément aux orientations du plan cancer 2009-2013, prévoir une évolution coordonnée des services et des professionnels afin :

- d'améliorer l'accès, notamment des populations vulnérables, aux dépistages (à noter : les dépistages organisés ne sont pas les seuls concernés);
- de réduire l'hétérogénéité des pratiques professionnelles et optimiser le fonctionnement des structures de dépistage des cancers,
- d'augmenter l'implication des médecins traitants dans les dispositifs organisés des programmes de dépistage des cancers ;
- d'ajuster les moyens entre structures et professionnels ;
- de fluidifier les parcours entre le dépistage et la prise en charge ;
- de permettre un égal accès de tous au dépistage, notamment les personnes accueillies ou prises en charge dans des établissements ou par des services médico-sociaux, ce qui impose une nouvelle fois, une coordination entre les trois schémas régionaux.

### 3.4 La prévention au bénéfice des patients et de leur entourage, notamment l'éducation thérapeutique

Les actions de prévention tertiaire cherchent à limiter les risques de rechutes, de séquelles ou de complications d'une maladie. Plus encore que la prévention sélective, la prévention au bénéfice des patients et de leur entourage repose sur la mobilisation et les compétences des acteurs du système de soin. Elle témoigne une nouvelle fois du continuum prévention-soin et de la nécessité d'organiser les transversalités entre les différents schémas.

Elles prennent en compte la sécurité des patients, la qualité des soins, l'éducation thérapeutique, la réadaptation et la réinsertion par :

- le traitement rationnel des événements indésirables associés aux soins (événements indésirables graves et infections associées aux soins) mettant en jeu la sécurité des patients ou pouvant représenter une menace de santé publique (épidémies locorégionales) afin de mettre fin à la menace immédiate et d'anticiper leur reproduction (analyse des causes) ;
- l'adaptation et l'amélioration des pratiques professionnelles qui consistent à rechercher le mode d'intervention efficace le moins agressif possible, afin d'en limiter les conséquences négatives ;
- un renforcement de l'autonomie des patients atteints de maladies chroniques, notamment par l'éducation thérapeutique, afin de retarder la survenue de pathologies secondaires entraînant des limitations fonctionnelles et une dégradation de la qualité de vie ;
- une organisation du système de santé adaptée à l'approche de la personne âgée, contribuant à préserver les capacités d'autonomie des personnes vieillissantes (*cf. supra*) et à prévenir les rechutes (*cf. infra*) ;
- une préparation du retour au domicile, en organisant le parcours de soins pour une récupération adaptée de l'autonomie, prévenant ainsi des rechutes par défaut de consolidation de l'état de santé, notamment chez la personne âgée.
- en cas de dépendance permanente, une prise en charge adaptée pour l'accomplissement des gestes de la vie courante et le maintien d'une certaine qualité de vie (une dépendance non accompagnée ne peut pas contribuer à stabiliser un état de santé déficient).

#### ***Un secteur à développer dans la dynamique de mise en œuvre de la loi HPST : l'éducation thérapeutique***

Dans le cadre de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), l'article 84 est consacré à l'éducation thérapeutique du patient qui s'inscrit dans le parcours de soins du patient ; elle «  *vise à rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes des médicaments afférents à sa maladie* ». L'éducation thérapeutique du patient est désormais inscrite dans le code de la santé publique (article L.1161-1 à L.1161-4)<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> Voir annexe 5, l'ensemble des textes relatifs à l'éducation thérapeutique

Cet article instaure un cadre institutionnel permettant à cette activité de se développer, dans un souci de qualité et de proximité pour une meilleure prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques.

**Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont autorisés par le directeur général de l'agence régionale de santé, conformément à loi du 21 juillet 2009** et aux textes réglementaires suivants :

- le décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient qui définit la procédure d'autorisation ;

- l'arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges et à la composition du dossier de demande d'autorisation qui précise les critères de qualité requis ;

- le décret n°2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient qui définit les champs de compétences nécessaires ;

- l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient qui précise le niveau de compétence minimal requis, à savoir 40 heures de formation d'enseignements théoriques et pratiques.

Une instruction rédigée par la direction générale de la santé précisera les conditions et les priorisations en termes d'autorisation et de financement des programmes d'éducation thérapeutique du patient, ainsi que les critères d'évaluation. En outre, une foire aux questions sera disponible sur le site [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr), rubrique maladies chroniques /qualité de vie.

Pour rappel, le guide méthodologique HAS/INPES qui s'intitule *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques*, paru en juin 2007, définit les programmes d'éducation thérapeutique du patient, notamment leurs finalités et leur structuration en quatre étapes. Par ailleurs, ce guide rappelle qu'« une information orale ou écrite, un conseil, un message de prévention, peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions (par exemple lors d'une consultation, d'un acte de soins, de la délivrance de médicaments, d'un séjour en établissement de soins, de l'installation d'un matériel de soins, etc.), mais n'équivalent pas à une ETP. Il en est de même de l'information sur les traitements, en vue d'une participation du patient à la prise de décision ».

Au total, un tel contenu du schéma de prévention doit permettre de :

- développer une approche intersectorielle et interministérielle de la promotion de la santé en capacité d'agir avec efficacité (et efficience) sur les déterminants environnementaux, sociaux et comportementaux de la santé,
- valoriser l'action des opérateurs en prévention médicalisée, promotion et éducation pour la santé ayant de véritables savoir-faire,
- favoriser le continuum entre prévention, soin et accompagnement, notamment par une prévention médicalisée organisée, intégrée dans l'activité des professionnels de santé de premier recours,
- améliorer la qualité des interventions et identifier les métiers et les formations nécessaires à une meilleure efficacité et efficience des actions de promotion de la santé et de prévention dans la région.

## 4. Repères pour l'élaboration du SRP

Ce chapitre a pour objet de proposer aux ARS des points de repères permettant de parvenir à l'élaboration du contenu du SRP prévu au chapitre précédent.

On distinguera ainsi les deux volets :

- L'un concernant la veille, l'alerte et la gestion des urgences sanitaires (VAGUSAN) ;
- Le second concernant la prévention et la promotion de la santé (PPS).

Ces deux volets doivent permettre la mise en œuvre des mesures, actions ou référentiels inscrits dans les plans nationaux de santé publique et qui ont vocation à être déployés au niveau régional ou local. L'annexe 3 dresse une liste des plans nationaux actuellement « actifs ».

Comme indiqué plus haut, le SRP doit tracer une évolution de l'offre en matière de prévention (au sens large) afin de contribuer à l'atteinte des objectifs fixés par le PSRS.

Il n'est pas destiné à prévoir les actions précises au bénéfice de la population ou des professionnels. Celles-ci seront décidées au niveau des programmes qui mobiliseront services, structures et acteurs positionnés par les différents schémas.

### 4.1 Veille, alerte, gestion des urgences sanitaires (VAGUSAN)

Ce premier volet du SRP doit s'inscrire dans un continuum prévention – alerte – gestion des situations d'urgence. Il doit être construit en lien étroit avec les autres départements ministériels, les collectivités et les autres schémas territoriaux.

La démarche PRAGUS, issue de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, a déjà contribué à cet exercice et il est logique que les VAGUSAN s'inscrivent dans leur continuité. Si les documents réalisés dans ce cadre sont récents et de qualité, ils nécessitent toutefois une actualisation ayant pour objet d'intégrer la création des ARS.

A ce titre, les VAGUSAN tireront notamment les conséquences de la création des plateformes régionales de veille et d'urgence sanitaires au sein des ARS. Ils insisteront sur l'organisation de la gestion des alertes au sein des ARS et la nécessité d'un lien étroit avec les services préfectoraux, notamment les directions départementales interministérielles, ainsi qu'avec les administrations centrales.

En effet, la constitution des ARS marque la volonté de renforcer les leviers territoriaux au service des préoccupations de santé publique. Ces leviers doivent aussi être utilisés pour améliorer la qualité des dispositifs de veille et sécurité sanitaires (VSS) en vue de réduire les inégalités en la matière constatées au sein des territoires. A cet effet, la finalité de ce volet du SRP est d'inscrire la veille et la sécurité sanitaire dans une véritable démarche stratégique.

#### **4.1.1 Structurer l'organisation de la veille et de la sécurité sanitaire à l'échelle régionale**

Le volet VAGUSAN du SRP doit donner une visibilité sur l'organisation de la gestion des alertes sanitaires en région et les articulations entre les acteurs impliqués. Cette cartographie doit être représentative des choix d'organisation opérés sur la base des recommandations contenues dans la note du 20 avril 2010 fixant les orientations en matière d'organisation de la veille et de la sécurité sanitaires au sein des ARS. En particulier, le volet VAGUSAN du SRP précisera le rôle des directions territoriales de l'ARS et leur articulation avec le siège et en particulier la plateforme régionale de veille et d'urgence sanitaires, cela dans tous les domaines de la veille et de la sécurité sanitaire ainsi que de la communication d'urgence.

Il doit aussi permettre d'insérer les protocoles passés avec les préfets de département en vertu de l'article R.1435-2 du code de la santé publique dans l'organisation générale de la veille et de la sécurité sanitaires en région (relations avec les directions départementales interministérielles, modalités opérationnelles de mise en œuvre des dispositions de l'article L. 1413-15 du code de la santé publique...).

#### **4.1.2 Homogénéiser le cadre de réception et de traitement des signaux et de gestion des alertes**

En plus de cette partie descriptive, le volet VAGUSAN du SRP doit permettre de rendre plus homogènes les modalités d'évaluation des signaux et de gestion des alertes.

Il pourra s'appuyer pour ce faire sur le guide de l'InVS « la veille sanitaire en France » qui est en cours d'actualisation et qui fixe, notamment, la terminologie et les concepts de référence. Ce guide comprend, de surcroît, des algorithmes représentatifs de l'évaluation des signaux qui ont une vertu pédagogique.

Par ailleurs, ce volet devra également proposer des actions de formation à destination des personnels intervenants dans le domaine de la veille, y compris médiatique, et de la sécurité sanitaire ainsi que de ceux susceptibles d'être mobilisés en renfort en cas de besoin. Certaines de ces actions de formation devront proposer d'y inclure la direction en particulier sur le volet communication (stratégie, média training...).

#### **4.1.3 Développer le signalement**

Le volet VAGUSAN du SRP doit contenir un plan d'actions visant à améliorer le taux de signalement à l'ARS des événements susceptibles d'avoir un impact sur la santé publique et d'améliorer leurs délais de transmission.

Il visera en particulier, la création de dispositifs formalisés en vue de développer le signalement de la part des professionnels visés à l'article L.1413-15 du code de la santé publique. L'adhésion des professionnels de santé aux dispositifs de surveillance constitue aussi un objectif de premier ordre.

Les actions menées à l'adresse des professionnels de santé sont à reproduire auprès des établissements de santé qui devront être incités à adhérer, notamment, aux systèmes de surveillance de l'InVS (OSCOUR) et à la procédure de déclaration électronique des décès.

Par ailleurs, une vigilance particulière doit être portée à la sécurisation et à la rapidité de transmission des informations relatives à des maladies soumises à déclaration obligatoire.

Enfin, le volet VAGUSAN doit également identifier les problèmes spécifiques aux territoires nécessitant la mise en place de systèmes de surveillance régionaux adaptés le cas échéant.

#### **4.1.4 Améliorer le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires**

L'organisation territoriale de la réponse aux situations d'urgence doit être actualisée à la lumière de l'expérience acquise lors de la gestion de la pandémie grippale en intégrant les nouveaux acteurs de la réponse tels que l'EPRUS.

Ainsi, le volet VAGUSAN du SRP doit s'attacher à définir les modalités d'élaboration de référentiels techniques de gestion des alertes et de mise en cohérence avec les volets sanitaires des plans départementaux au niveau régional en renforçant leur opérationnalité.

Il est à noter que la préparation aux grandes menaces sanitaires, notamment celles d'ampleur nationale, fera l'objet d'un dispositif spécifique, qui n'entre pas dans le champ du schéma régional de prévention.

#### **4.1.5 Développer la communication sur les urgences sanitaires**

Le VAGUSAN doit préciser l'organisation de la communication en cas d'urgence sanitaire, et notamment la répartition des rôles entre le préfet et l'ARS et la place de la communication au sein des plateformes régionales de veille et d'urgence sanitaires. Il devra également préciser les procédures de coordination de la communication à tous les niveaux (local, régional, national) afin d'harmoniser la communication des autorités publiques. En outre, il doit indiquer les principes directeurs des stratégies de communication prévues pour les différents publics visés, en particulier les publics-cibles et les publics-relais (grand public, populations cibles, associations, maires, professionnels de santé...). Ces stratégies de communication pourront par la suite être déclinées pour les grandes catégories d'événements sanitaires en des référentiels spécifiques (plan de communication) qui n'ont pas vocation à figurer dans le VAGUSAN, mais qui pourront être partagés et amendés au sein du réseau de communicants des ARS.

En revanche, le VAGUSAN pourra notamment préciser les actions identifiées comme nécessaires à la mise en œuvre des stratégies développées, telles que l'organisation d'exercices, le développement d'outils (kit de communication-messages clés...) ou de moyens permettant, par exemple, une diffusion rapide de l'information vers les professionnels de santé en cas d'urgence.

En matière de préparation, des actions régulières d'information et d'échange avec les professionnels de santé, notamment libéraux, doivent être définies dans le volet VAGUSAN pour permettre de renforcer leur sensibilisation à la gestion des risques et leur mobilisation en cas de menace sanitaire. Les URPS pourront utilement être associées à ces actions de sensibilisation.

Afin d'élaborer le volet VAGUSAN du SRP, des éléments de cadrage sont suggérés en annexe 1. Il convient de rappeler que ce volet constitue un document d'orientation qui doit viser à améliorer l'opérationnalité et l'efficacité des dispositifs de veille et de gestion des urgences sanitaires.

## 4.2 Prévention et promotion de la santé (PPS)

Deuxième composante du schéma régional de prévention, le volet PPS doit se décomposer en 4 sous-parties :

- Promotion de la santé
- Education à la santé
- Prévention sélective de certaines maladies ou certains risques
- Prévention au bénéfice des patients et de leur entourage.

Afin de bâtir le volet PPS du SRP, plusieurs étapes successives sont suggérées, concernant les territoires, l'identification des acteurs et des leviers d'actions, le choix des priorités, et, enfin, la formulation des objectifs.

### 4.2.1 Affiner, en lien avec les autres secteurs de l'ARS et les partenaires extérieurs, la question des territoires pertinents

Les points d'attention suivants peuvent aider à progresser sur cette question :

- intérêt de retenir un découpage territorial permettant la comparaison avec des données antérieures ;
- privilégier vue d'ensemble, transversalité ;
- bien distinguer / définir territoires :
  - réglementaires : territoires de santé
  - opérationnels : territoires de projet (PPS + autres), territoires de proximité
- typologies de populations cohérentes / territoire ;
- quelle articulation avec les délégations territoriales de l'agence ?
- quelles ressources pour faire vivre les territoires : quelles professions ? (ex : animateurs territoriaux) ;
- quelle implication des élus (ville) ?
- comment prendre en compte la ruralité ?

### 4.2.2 Identifier et prévoir l'évolution des ressources régionales

A partir de la réflexion sur les niveaux géographiques pertinents, le SRP devra répondre aux questions :

- qui fait quoi, pour quel public, sur quel territoire ?
- qui devrait faire quoi, pour quel public, sur quel territoire pour répondre aux objectifs fixés par le PSRS ?
- quels sont les freins et les leviers pour une bonne couverture (quantitative et qualitative) de la région en offre de PPS ?

Le tableau des pages 27 et 28 donne, pour les quatre parties du volet PPS, des exemples d'acteurs à identifier, ainsi que divers leviers institutionnels, organisationnels et financiers susceptibles d'être mobilisés pour répondre aux objectifs du PSRS.

**Le repérage des acteurs et services régionaux ne doit pas être limité aux acteurs traditionnels du champ de la promotion de la santé et de la prévention primaire, mais doit aussi concerner les acteurs du soin<sup>13 14</sup>, du secteur médico-social et d'autres partenaires hors du champ de l'ARS.**

Pour un tel recensement, l'ARS pourra :

- Analyser l'offre en matière de PPS au regard des financements du groupement régional de santé publique (GRSP), des plans et programmes en cours (plan régional santé environnement, plan régional santé-travail, etc...) mais aussi grâce au soutien des observatoires régionaux de la santé (ORS), des plateformes de l'observation sanitaire et sociale, des pôles de compétences en éducation pour la santé, des instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) et, au titre des associations généralistes, les grands réseaux associatifs représentés dans la région.

*Les pôles régionaux de compétences<sup>1516</sup>*

Le pôle régional de compétence constitue une plate-forme de services destinée à fédérer les ressources et les compétences en éducation pour la santé (EPS) de la région pour les mettre à disposition de tous les acteurs (institutionnels, professionnels, bénévoles associatifs...) et venir en appui de leurs actions en EPS ou promotion de la santé. Il a pour mission de développer des fonctions support à caractère transversal telles que le conseil méthodologique, l'ingénierie de projet, les formations, l'appui documentaire, l'évaluation. Il doit à terme servir de lieu ressource pour des porteurs de projets, de carrefour d'échanges (inter institutionnels ou inter réseaux) de l'information, des pratiques et de l'expertise. Le pôle a également un rôle à jouer en matière d'animation et de coordination (offres de service, système d'information...).

- s'appuyer sur les bilans et évaluations des expériences régionales menées antérieurement : schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS), PRAPS, PRSE, plans régionaux de santé publique (PRSP), à l'aide du système d'information des PRSP notamment ;
- consulter, s'il existe, un système d'information géographique dédié à la prévention (CAP santé, OSCARS, outil de cartographie de la FNES, SIG santé IdF...)<sup>17</sup> ;
- solliciter les commissions de coordination chargées de la prévention et des prises en charge médico-sociales, pour associer, dès ce stade, les autres services de l'ARS, les autres départements ministériels, l'assurance maladie et les Conseils généraux (voir encadré);

<sup>13</sup> Voir les fiches consacrés aux différentes implications des professionnels du soin (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes) dans « Agences régionales de santé – Financer, professionnaliser et coordonner la prévention », sous la direction de N. Leuridan. Ed. Inpes, août 2009. Pages 107 et suiv. Consultable en ligne sur <http://www.inpes.sante.fr/>

<sup>14</sup> Voir la fiche 16, page 126, consacrée aux examens périodiques de prévention en médecin générale, dans « Agences régionales de santé – Promotion, prévention et programmes de santé », sous la direction de F. Bourdillon. Ed. Inpes, août 2009. Consultable en ligne sur <http://www.inpes.sante.fr/>

<sup>15</sup> Ibid, fiche 20, page 149 et suiv.

<sup>16</sup> Voir « Agences régionales de santé – Financer, professionnaliser et coordonner la prévention », sous la direction de N. Leuridan. Ed. Inpes, août 2009. Pages 62 et suiv. Consultable en ligne sur <http://www.inpes.sante.fr/>

<sup>17</sup> Ibid pages 40 et suiv.

- mobiliser la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et en particulier sa commission spécialisée prévention (CRSA - article D.1434-32) (voir encadré) ;
- interroger, si nécessaire, l'ensemble des opérateurs connus, sur la base des priorités et objectifs du plan stratégique. L'ARS peut ainsi éventuellement mobiliser l'ensemble des opérateurs de santé – établissements et services, associations gestionnaires, professionnels de santé – pour savoir comment chacun se situe. Cette interrogation se distingue des appels à projets que l'ARS engagera dans la phase de mise en œuvre du PRS, en s'appuyant sur un cahier des charges précis. Il s'agit, à ce stade de préparation des schémas, de prendre connaissance des intentions générales des opérateurs. Dans certains cas, les opérateurs auront déjà des projets élaborés qu'il leur suffira de porter à la connaissance de l'ARS, après ou non quelques adaptations pour tenir compte du plan stratégique. Les établissements de santé ayant récemment adopté leur projet d'établissement seront dans cette situation. Dans d'autres cas, les opérateurs devront anticiper et préparer un projet adapté aux priorités et objectifs du plan ;
- solliciter les conférences de territoire. Elles constituent un lieu privilégié pour préparer, à partir d'un recensement des ressources et services, avec l'ensemble des acteurs locaux de santé, les dispositions qui pourraient figurer dans le(s) schéma(s).

En mobilisant ces différents moyens, l'ARS pourra dresser la liste (au mieux cartographier) des acteurs régionaux susceptibles de jouer un rôle, leur domaine et territoire d'intervention, dans le champ de la PPS, pour l'atteinte des objectifs du PSRS.

Les nomenclatures utilisées jusqu'alors dans le cadre des GRSP / PRSP pourront être utilisées et complétées pour mieux faire apparaître les acteurs du soin et du secteur médico-social (voir en annexe 2 des exemples de nomenclatures d'opérateurs et d'actions issues du SI PRSP et de l'outil OSCARS).

Cette phase de recensement devrait comporter une analyse qualitative permettant d'identifier les savoir-faire ou expériences exemplaires dont les pratiques sont susceptibles de faire l'objet d'une diffusion. Seront également recherchés les opérateurs clés et fédérateurs sur lesquels, pour un secteur donné, l'ARS pourra s'appuyer au niveau d'un territoire ou d'un département afin de porter une dynamique favorable.

### **Concertation et schéma de prévention**

#### Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

L'article D.1434-32 prévoit que la CRSA donne un avis sur le projet de schéma régional de prévention, préparé par la commission spécialisée de la prévention de la CRSA.

Article D 1432-36.- « La commission spécialisée de prévention contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale de prévention et à ce titre :

« 1° Elle prépare un avis sur le projet de schéma régional de prévention, ainsi que sur sa révision, son suivi et les résultats de son évaluation ;

« 2° Elle formule toute proposition sur la politique régionale de prévention, notamment pour réduire les inégalités sociales et géographiques de santé dans la région ;

« 3° Elle est informée :

« — des mécanismes mis en place par la commission de coordination compétente dans le secteur de la prévention pour assurer la complémentarité des actions de prévention et de promotion de la santé et la cohérence de leurs financements ;

« — du bilan d'activité de la commission de coordination compétente dans le secteur de la prévention, établi chaque année par le directeur général de l'agence régionale de santé ;

« — des résultats de l'agence en matière de veille et de sécurité sanitaires. »

#### Commission de coordination des politiques publiques de santé

L'article D 1434-4 prévoit que la commission de coordination des politiques publiques de santé compétente en matière de prévention « peut décider de travaux à conduire pour contribuer à l'élaboration du projet régional de santé, notamment du schéma régional de prévention »

L'article D 1432-5 prévoit que « La commission recueille les éléments d'information nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment à l'évaluation de la politique de prévention et de promotion de la santé et à l'élaboration du schéma de prévention »

	<b>Acteurs</b>	<b>Leviers institutionnels ou organisationnels</b>	<b>Leviers techniques</b>	<b>Leviers financiers</b>	<b>Ressources communes</b>
<b>Promotion de la santé</b> (cf. 3.1 p. 9)	Villes (CCAS, SCHS...), groupements de communes, Villes en santé, villes PNNS, EPODE...; villes « agenda 21 » Services de l'Etat (EN, justice, travail, cohésion sociale, agriculture, environnement,...) Conseils généraux (PMI, ASE, PA-PH) Conseils régionaux Institutions: ES, ESMS, CHRS, lieux d'accueil etc. Familles, usagers	Commissions de coordination (prévention / médico-social), CRSA, conférences de territoire, Préfets, CAR, organismes de formation, ORS, plateforme d'observation sanitaire et sociale, IREPS, Pôles de compétences	Contrats (CLS notamment), plaider, formations, évaluations d'impact sur la santé, mise à disposition de personnels, cartographie des acteurs, autoévaluation, expérimentations ; Contrôle-inspection (environnement, alimentation, travail)	Conventions de partenariat, CUCS, CLS, CPOM avec les ES	
<b>Education pour la santé</b> (cf. 3.2 p. 10)	Associations généralistes (IREPS notamment) Associations spécialistes par thématiques, pathologies, publics etc. Caisse des trois régimes, mutuelles Etablissements scolaires et personnels Institutions: ES, ESMS, CHRS, lieux d'accueil etc.	IREPS, Pôles de compétences, pôles ressources de la politique de la ville, organismes de formations, ORS, plateforme d'observation sanitaire et sociale	Formations, diffusion et accompagnement des bonnes pratiques professionnelles, évaluations des actions ou des services, cartographie des acteurs, contrôle des activités, inspection, autoévaluation, expérimentations	Conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens, appels d'offres, appels à projets	EHESP, universités, organismes de recherche, INPES, ANSES, HAS, INCA, ANESM, contrats cadre de partenariat nationaux, référentiels de pratiques professionnelles
<b>Prévention sélective de certaines maladies ou certains risques</b> (cf. 3.3 p. 13)	Etablissements de santé Professionnels de santé, URPS Réseaux Centres et maisons de santé Centres et structures de dépistage CES CPAM, Collectivités (PMI, SCHS) centres de vaccination		Contrôle, inspection, diffusion et accompagnement des bonnes pratiques professionnelles, missions de service publique des ES	Contractualisation (ex: avec les centres de dépistage), CAPI, FIQSV	
<b>Prévention au bénéfice des patients et de leur entourage</b> (cf. 3.4 p. 15)	Etablissements de santé et établissements médico-sociaux Professionnels de santé Associations spécialisées Associations de patients	Parcours de soins : articulation entre prise en charge médicale et accompagnement médico-social Infections associées aux soins : réseau CCLIN-ARLIN	Education thérapeutique : autorisation des programmes	Voir SROS	

### ***En plus des acteurs régionaux, une ressource au niveau national : l'INPES***

*Les missions de l'INPES issues de la Loi du 9 août 2004 sont de :*

- mettre en œuvre, pour le compte de l'État et de ses établissements publics, les programmes de santé publique,
- exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé,
- assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire,
- participer, à la demande du ministre chargé de la santé, à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives, notamment en participant à la diffusion de messages sanitaires en situation d'urgence,
- établir les programmes de formation à l'éducation pour la santé

*L'INPES peut apporter son expertise au service du niveau régional sur les champs suivants :*

- ***La recherche***
  - en offrant des analyses territoriales sur les principaux indicateurs en population générale ;
  - en menant des recherches actions sur les stratégies d'intervention ;
  - en créant un fonds documentaire spécifique en promotion et en éducation pour la santé ;
  - en mettant à disposition des données probantes en prévention/Promotion de la santé.
- ***Les dispositifs d'information et de communication***
  - en informant les ARS sur les campagnes de communications engagées et en leur diffusant les outils et documents produits ;
  - en soutenant l'élaboration de campagnes régionales.
- ***La formation***
  - en apportant les ressources pédagogiques aux professionnels ;
  - en renforçant la visibilité de l'offre de formation en mettant à disposition des bases de données ;
  - en associant des représentants des ARS aux travaux menés par l'Inpes (enquête, conception d'outils, formations) ;
  - en soutenant les démarches de programmation et d'évaluation ;
  - en créant ou soutenant des stratégies d'intervention autour :
    - de thématiques (comme le développement de l'activité physique chez les adolescents: étude ICAPS, semaine de la vaccination) ;
    - ou de milieux (comme celui de l'Education nationale, entreprises, milieu pénitentiaire....)...
- ***Le développement de l'intersectorialité***
  - en mobilisant les réseaux nationaux comme leviers pour les interventions en régions ;
  - en intervenant en région à la demande pour soutenir la mise en œuvre des politiques de prévention et d'éducation pour la santé

Par ailleurs l'INPES soutient, après avis des ARS, les pôles régionaux de compétences en éducation et promotion de la santé par le biais de conventions

pluri-annuelles d'objectifs. Un cahier des charges définit les missions des pôles de compétences qui s'articulent autour de quatre axes qui sont :

- un centre de ressources ;
- un appui aux acteurs régionaux sous plusieurs formes :
  - conseil en méthodologie et évaluation de projets
  - formation en éducation pour la santé et en promotion de la santé (EPS/PS)
  - accompagnement à l'utilisation d'outils d'intervention en EPS/PS
- des espaces d'échange de pratiques ;
- un appui aux politiques régionales à la demande des décideurs régionaux.

L'INPES, en concertation avec l'ARS, apprécie la conformité du Pôle lors d'une visite sur site.

#### 4.2.3 Leviers / outils

L'identification et la mobilisation de ces instruments doit permettre à l'ARS d'envisager concrètement les moyens d'une évolution favorable de l'offre de PPS, sur le plan quantitatif et qualitatif, afin de répondre aux objectifs du PSRS.

##### 1. Financement

- *Le budget de l'ARS dédié à la prévention et les éventuels cofinancements*<sup>18 19</sup>

A ce titre, on rappellera l'article L.1434-6 du CSP qui dispose que « les moyens financiers, quelle qu'en soit l'origine, attribués à l'agence régionale de santé pour le financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation pour la santé, à la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux. »

- *Les modalités d'allocation de ressources*

Si le champ de la prévention ne fait pas l'objet d'une tarification, l'utilisation de différents leviers financiers doit permettre la régulation des activités au bénéfice des priorités de santé identifiées. L'allocation et la réallocation des ressources est une activité qui implique la mise en place de procédures explicites.

Les outils seront mobilisés différemment en fonction des objectifs poursuivis :

- le conventionnement pluriannuel permettra d'inscrire dans la durée l'intervention des opérateurs pour la mise en œuvre d'actions programmées participant efficacement à la mise en œuvre des objectifs du PRS (centre ressources ou pôles de compétences dans le domaine de la promotion de la santé, de la prévention et de l'éducation pour la santé, les producteurs de données d'observation ou les acteurs permettant la modélisation

<sup>18</sup> Voir « Agences régionales de santé – Financer, professionnaliser et coordonner la prévention », sous la direction de N. Leuridan. Ed. Inpes, août 2009. Pages 30 et suiv. Consultable en ligne sur <http://www.inpes.sante.fr/>

<sup>19</sup> Voir « Agences régionales de santé – Promotion, prévention et programmes de santé », sous la direction de F. Bourdillon. Ed. Inpes, août 2009. Fiches 23, page 169 et suiv. Consultable en ligne sur <http://www.inpes.sante.fr/>

- d'actions sur les territoires) ;
- la commande publique permettra d'orienter les opérateurs sur les priorités du PRS et évitera la dispersion ou la sédimentation des projets et des financements qui peut résulter de l'appel à projets ;
- l'appel à projets ouvert largement sur les territoires et les thématiques du PRS pourra être utile pour soutenir des projets expérimentaux, innovants et assurer un déploiement pertinent des politiques de santé.

## 2. Contrôle et évaluation

- *Le contrôle des activités*

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

- *L'évaluation des actions, des services et la démarche qualité*

Elle participe des différents leviers susceptibles d'améliorer la qualité des actions financées<sup>20</sup><sup>21</sup>. Elle peut prendre des formes diverses mais doit être envisagée systématiquement. Des outils existent pour évaluer les résultats des actions et politiques de promotion de la santé, tels que le modèle de catégorisation des résultats des activités de promotion de la santé et de prévention, réalisé en 2005 par Promotion santé Suisse, et adapté pour la France, par l'INPES. Ce modèle repose sur le constat que, pour parvenir à améliorer la santé, il est nécessaire d'agir sur les déterminants de santé, classés en trois catégories :

- un environnement physique ;
- un environnement social ;
- des ressources personnelles et des comportements.

Il postule que l'obtention d'effets sur ces déterminants exige de passer par une catégorie intermédiaire – résultats directs d'un certain nombre d'activités et facteurs de changement des différents déterminants. Ces résultats directs sont :

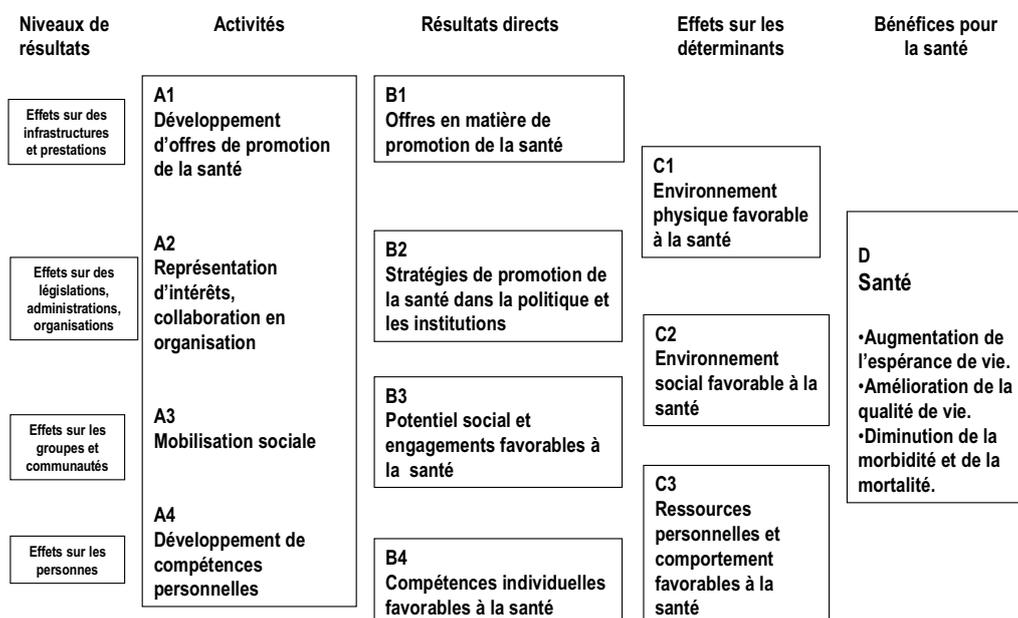
- une offre de services de prévention et promotion de la santé ;
- une stratégie de promotion de la santé dans la politique et les institutions ;
- un potentiel social et des engagements favorables à la santé ;
- l'acquisition de compétences individuelles favorables à la santé.

Voir schéma ci-dessous et [http://www.inpes.sante.fr/outils\\_methodo/categorisation/guide-fr.pdf](http://www.inpes.sante.fr/outils_methodo/categorisation/guide-fr.pdf).

<sup>20</sup> Voir « Agences régionales de santé – Promotion, prévention et programmes de santé », sous la direction de F. Bourdillon. Ed. Inpes, août 2009. Fiches 22, page 162 et suiv. Consultable en ligne sur <http://www.inpes.sante.fr/>

<sup>21</sup> Voir Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Direction générale de la santé (ouvrage coordonné par le Dr. C. Gerhart) : Evaluation régionale des plans régionaux de santé publique, quelques repères pour les acteurs ; avril 2008.

## Catégorisation des résultats des activités de promotion de la santé et de prévention



D'autres outils sont davantage centrés sur la qualité des pratiques en promotion de la santé, c'est le cas du guide d'auto-évaluation de la qualité des actions en promotion de la santé produit par l'INPES.

### *Guide d'autoévaluation de la qualité des actions en promotion de la santé menées par les associations (INPES)*

Ce guide, coordonné par l'INPES, est le fruit d'une démarche participative, impulsée à l'issue des États généraux de la prévention de 2006. Il a mobilisé de nombreux acteurs associatifs et s'appuie sur leur expérience de terrain mais aussi sur une analyse de la littérature et des outils développés dans le champ de la qualité. Spécialement conçu pour les actions en promotion de la santé menées par les associations, ce guide est adapté à la culture et à l'environnement associatifs.

Proposant une autoévaluation de la qualité à partir des processus et des pratiques, la démarche qualité retenue dans ce guide accorde une place centrale aux valeurs qui fondent l'action associative et la promotion de la santé. Dans cette perspective, son objectif est l'amélioration continue de la qualité du service rendu aux personnes et aux populations concernées par les projets. La démarche qualité contribue à l'efficacité des actions, à la cohésion et à la dynamique interne de l'association, ainsi qu'au renforcement des capacités de négociation et de plaidoyer auprès des différents partenaires. C'est une démarche volontaire qui mobilise l'ensemble de l'association.

Ce guide s'adresse prioritairement aux équipes de terrain qui mènent des actions en promotion de la santé, par exemple, des actions individuelles ou collectives de prévention, d'éducation pour la santé, de soutien ou d'accompagnement, des fonctions supports (formation, conseil méthodologique, appui documentaire), des missions relatives à l'expression et à la représentation des populations concernées, etc.

Par ailleurs, ce guide permet d'établir et de renforcer la confiance entre les associations, les populations concernées par les actions et les institutions qui les soutiennent ; l'ensemble des parties prenantes y trouvera donc matière à alimenter sa réflexion et sa pratique.<sup>22 23</sup>

- *Les expérimentations, évaluations et généralisations*

Pour le financement d'actions n'ayant pas encore fait la preuve de leur efficacité (évaluation non réalisée, absence de littérature « validant » des démarches approchantes), il s'agira d'inscrire l'action dans un processus expérimental dont l'évaluation des résultats sera particulièrement soignée. La construction de tels processus expérimentaux pourra s'appuyer sur le document précité de catégorisation des résultats de Promotion santé suisse, particulièrement adapté à l'analyse d'une situation, à la planification d'un projet, à l'évaluation d'une intervention ou à la construction d'indicateurs de résultats spécifiques au champ de la prévention et de la promotion de santé.

- *Les études d'impact santé*

Inspirées des études d'impact environnementales, les évaluations d'impact sur la santé (EIS) constituent un moyen d'estimer *ex ante* les effets d'une intervention publique sur la santé, et la distribution de ces effets dans la population. En analysant les conséquences entre plusieurs options, elles constituent une aide à la décision publique. Se référant à un modèle global de santé, elles représentent une manière concrète pour développer l'intégration de la santé dans toutes les politiques. Elles constituent enfin une opportunité de débat public sur les problèmes de santé et leurs déterminants. Toutes ces caractéristiques en font un outil important de réduction des inégalités sociales de santé que les ARS doivent promouvoir auprès de leurs partenaires régionaux et locaux, en s'inspirant des exemples d'EIS conduites en Europe, à ces niveaux de territoire. Par exemple, en Suisse, des collectivités, des universitaires et des associations se sont regroupés pour mettre en commun, capitaliser et valoriser les savoirs et les connaissances des cantons et d'autres partenaires suisses ou étrangers et, ainsi, développer la pratique des EIS dans le pays. Un guide d'introduction à la pratique de l'EIS en français est accessible sur <http://www.impactsante.ch/spip/>. Le réseau des villes santé de l'OMS a également publié des documents incitant et soutenant les responsables municipaux dans les démarches d'EIS. Le bureau régional de l'Europe de l'OMS a d'ailleurs fait de du développement des EIS un des principaux objectifs de la phase IV du programme Villes-Santé.

### 3. Outils

- *L'utilisation des référentiels et stratégies probantes*

<sup>22</sup> Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr>

<sup>23</sup> Voir aussi « Agences régionales de santé – Financer, professionnaliser et coordonner la prévention », sous la direction de N. Leuridan. Ed. Inpes, août 2009. Pages 56 et suiv. Consultable en ligne sur <http://www.inpes.sante.fr/>

Pour améliorer la qualité de l'offre en matière de PPS, l'ARS doit s'attacher à diffuser et faire appliquer par les différents opérateurs les référentiels d'actions ou stratégies reposant sur les meilleures données disponibles en matière de prévention ou d'évaluation des pratiques, produits notamment par l'INPES, l'INCA, la HAS etc.

- *L'identification des référentiels ou des mesures de prévention préconisés par les plans nationaux*

Cf. supra et annexe 3.

- *La formation des professionnels*

L'INPES a produit divers travaux permettant de recenser les formations délivrées notamment par les universités qui forment de nombreux professionnels dans le champ de la prévention, et de l'éducation pour la santé :

- Etat des lieux de la formation initiale en éducation pour la santé en France : résultats d'une analyse globale pour dix professions de santé – mars 2008
- Etat des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France : résultats d'une analyse globale pour dix professions de santé – avril 2008
- Quelles compétences en éducation thérapeutique du patient ? Analyse du contenu du séminaire de Lille – novembre 2008

Un inventaire régional des professionnels permettrait de mutualiser et capitaliser les compétences au sein des différentes institutions qui développent des programmes de prévention. Une mobilité de ces compétences pourrait être envisagée en fonction de l'évolution des équipes reconnues.<sup>24</sup>

Les modes de contractualisation avec les offreurs en matière de formation (universités de santé publique notamment) doivent être également travaillés.

#### **4. Articulations et territoires**

- *L'articulation des politiques ou appels à projets régionaux des différents services de l'Etat, de l'Assurance Maladie et des Collectivités Territoriales*

- au sein des commissions de coordination ;

- par une organisation régionale/départementale avec un réseau d'équipes locales de l'ARS pour assurer la proximité avec les opérateurs, l'accompagnement, le suivi et l'évaluation des projets et la mise en cohérence des politiques.

Ex : Un réseau de responsables de programmes « thématiques » transversaux aux champs de la prévention, du soin et médico-social, chargés de définir les objectifs des programmes, les actions attendues et d'intervenir en tant qu'expert de santé publique pour accompagner et évaluer les projets.

- par un travail régional basé sur les cadres nationaux de partenariat :

---

<sup>24</sup> Voir aussi « Agences régionales de santé – Financer, professionnaliser et coordonner la prévention », sous la direction de N. Leuridan. Ed. Inpes, août 2009. Pages 46 et suiv. Consultable en ligne sur <http://www.inpes.sante.fr/>

- ex : convention cadre DGS-DGESCO 2003
  - ex : charte de la santé des jeunes en insertion sociale et professionnelle, signée entre les ministres chargés, de la santé, de l'emploi, de la cohésion sociale et le conseil national des missions locales  
[http://www.cnml.gouv.fr/IMG/pdf/Charte\\_sante\\_orientations.pdf](http://www.cnml.gouv.fr/IMG/pdf/Charte_sante_orientations.pdf)
  - ex : contrat cadre de partenariat en santé publique entre la DGS et la Direction générale de l'enseignement et de la recherche du ministère de l'agriculture et de la pêche (cf. annexe 4)
  - ex : contrat cadre de partenariat en santé publique entre la DGS et la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (cf. annexe 4)
  - ex : circulaire du 4 mars 2010, conjointe ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministère de la santé et des sports, relative à l'organisation et aux missions des services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (cf. annexe 4)
- *Les systèmes d'information géographiques dédiés à la prévention*

Cf supra : CAP santé, OSCARS, outil de cartographie de la FNES, SIG santé IdF...<sup>25</sup>

- *Le contrat local de santé*

Dans le cadre d'un projet de santé élaboré au niveau du territoire et validé par la conférence de territoire, des contrats locaux de santé peuvent alors être signés, soit avec les pays, les communautés d'agglomération ou communautés de communes, soit à un niveau plus fin avec des communes par exemple. Mais ce contrat local de santé devra respecter les orientations du PRS.

Une mission d'appui a été confiée à l'IGAS pour préciser les méthodologies d'élaboration et les contours des CLS qui doivent désormais dépasser le cadre de la politique de la ville et être susceptible de s'implanter sur tout type de territoire.

A titre d'exemple, vous pouvez consulter le premier CLS signé entre l'ARS PACA, la ville de Marseille et le Préfet délégué à l'égalité des chances, sur le site de partage ARS-Share Point.

- *Leviers des autres schémas ou des partenaires de l'ARS : CAPI, CPOM avec les ES, EN, CG-PMI...*

#### **4.2.4 Choix des priorités et définition des objectifs pour le volet PPS**

A partir du travail de définition des territoires et d'identification des ressources et leviers, (cf. *supra*), l'ARS devra alors prévoir les évolutions de l'organisation des dispositifs et services, ainsi que les actions, qui permettront de répondre au mieux aux objectifs du PSRS.

Là encore, des priorités devront être établies entre les nombreuses options qui se présenteront. Les évolutions souhaitées par le schéma régional de prévention, en termes

<sup>25</sup> Voir « Agences régionales de santé – Financer, professionnaliser et coordonner la prévention », sous la direction de N. Leuridan. Ed. Inpes, août 2009. Pages 40 et suiv. Consultable en ligne sur <http://www.inpes.sante.fr/>

quantitatifs et qualitatifs, seront elles-mêmes à formuler sous forme d'objectifs spécifiques (cf. recommandations méthodologiques dans le document relatif au PSRS).

Ils seront, pour l'essentiel, des déclinaisons des objectifs généraux du PSRS. Toutefois, le travail plus précis d'analyse de l'offre réalisé pour l'élaboration du SRP aura sans doute mis en évidence d'autres nécessités d'évolution qui se traduiront en termes d'objectifs propres au schéma.

Document de travail

# Annexe 1 : volet VAGUSAN du SRP

Le volet VAGUSAN du SRP doit être construit sur la base d'une programmation par objectifs autour des 5 éléments de la démarche stratégique décrits dans le corps du présent guide.

A ce titre, il pourra tout d'abord dresser un état des lieux régional des dispositifs de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires, avant de fixer les objectifs pour renforcer ces dispositifs. Un programme d'actions pourra ensuite détailler les modalités d'atteinte des objectifs ainsi définis. Enfin les modalités d'évaluation de ce volet devront également être prévues.

Pour la réalisation de ce volet, l'ARS pourra s'appuyer sur les outils régionaux existants antérieurement, notamment les PRAGUS, et sur leur évaluation.

## 1. Etat des lieux

L'état des lieux consiste à recenser, à l'échelle régionale, les principaux risques sanitaires pouvant nécessiter des mesures d'urgence, ainsi que les principaux dispositifs et outils existants pour y faire face.

Il pourra notamment contenir les éléments suivants :

- Identification des principaux risques sanitaires (risques infectieux, environnementaux, industriels, naturels...) pouvant nécessiter des mesures urgentes à l'échelle régionale et infrarégionale ;
- Identification des populations, situations ou territoires potentiellement exposés de manière aiguë ;
- Analyse des dispositifs et des outils de surveillance et de réponse à ces risques :
  - Systèmes de surveillance ;
  - Procédures de gestion des alertes sanitaires (ex. légionellose, méningites...) ;
  - Plans de réponse aux urgences sanitaires...
  - Plan de communication, kit de communication...
- Identification des acteurs, services et actions, susceptibles de jouer un rôle aux différentes étapes de la veille et de la sécurité sanitaires et description de leur articulation ;
- Analyse du niveau de sensibilisation et de formation des acteurs à la veille et à la gestion des situations d'urgence ;
- Analyse des dispositifs de sensibilisation et des outils de diffusion de l'information vers les professionnels de santé.

*Cet état des lieux ne saura en aucun cas se limiter à un simple recensement des dispositifs existants mais devra procéder à leur analyse critique.*

En particulier, il ne s'agira pas simplement de préciser les missions des différents acteurs ; il conviendra de préciser leur articulation dans une perspective globale de veille et de gestion des urgences sanitaires et de vérifier que leur fonctionnement permet d'assurer efficacement ces missions. A ce titre le fonctionnement de la CVAGS et son articulation avec les CIRE, les directions de l'ARS et ses délégations territoriales devra être précisée.

Des outils, tels que des systèmes d'information géographique, des logigrammes pourront utilement illustrer cet état des lieux.

## 2. Fixation des objectifs

A partir de l'état des lieux régional, il s'agira d'identifier les forces et faiblesses du dispositif de veille et de gestion des urgences sanitaires. Une analyse de type SWOT<sup>26</sup> pourra être utilisée en ce sens, pour chacun des 5 axes de développement.

Celle-ci permettra de fixer des priorités et des objectifs afin de renforcer l'efficacité du dispositif de veille et de gestion des urgences sanitaires.

Quelques objectifs permettant de décliner les 5 éléments de la démarche stratégique sont ainsi suggérés ci-dessous :

- *Structurer l'organisation de la veille et de la sécurité sanitaire à l'échelle régionale*
  - Articuler la CVAGS avec la CIRE, les différentes directions de l'ARS et les délégations territoriales ;
  - Préciser les missions des différents niveaux territoriaux en matière de veille et de sécurité sanitaire, y compris sur les aspects de communication d'urgence ;
  - Garantir la continuité des activités de veille et de gestion des alertes sanitaires par la CVAGS ;
  - Assurer par le biais d'un système d'information régional partagé la traçabilité des signalements et des actions de gestion ;
  - Améliorer la diffusion des informations en interne ;
  - ...
  
- *Homogénéiser le cadre de réception et de traitement des signaux et de gestion des alertes*
  - Développer des référentiels partagés de traitement des signaux, d'investigation et de gestion des alertes ;
  - Initier des actions de formation des acteurs en matière de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires ;
  - ...
  
- *Développer le signalement*
  - Mobiliser les autres administrations
  - Améliorer le taux de signalement des événements susceptibles d'avoir un impact sur la santé et la rapidité de leur transmission ;
  - Sécuriser le système de remontées des maladies à déclaration obligatoire ;
  - Développer les systèmes de surveillance des menaces pour la santé publique (ex. épidémies d'infections respiratoires...)
  - Développer les systèmes de surveillance sur les problèmes spécifiques en fonction des particularités régionales ;
  - Renforcer la surveillance non spécifique et initier de nouveaux systèmes de surveillance ;
  - ...
  
- *Améliorer le dispositif de préparation et de gestion des urgences sanitaires*
  - Mettre en cohérence les volets sanitaires des plans départementaux selon un angle régional ;
  - Actualiser les plans et procédures au regard du repositionnement des ARS par rapport aux missions antérieures des DDASS et des ARH ;

<sup>26</sup>Une présentation de la démarche est par exemple disponible sur le site : [www.businessballs.com/swotanalysisfreetemplate.htm](http://www.businessballs.com/swotanalysisfreetemplate.htm)

- Porter l'accent sur l'opérationnalité des plans de réponse ;
  - Veiller à la préparation des établissements de santé et des professionnels à la gestion des urgences sanitaires ;
  - Garantir l'accessibilité à des soins adaptés, en cas d'urgence sanitaire, pour les personnes handicapées ou en perte d'autonomie, ou les plus éloignées géographiquement des structures de soins (lien avec SROMS) ;
  - Développer une cellule de gestion des crises en appui du COD ;
  - Répertorier les moyens d'intervention ;
  - ...
- *Développer la communication sur les urgences sanitaires*
    - Organiser et développer la communication institutionnelle au cours de la gestion des urgences sanitaires ;
    - Développer des stratégies de communication et préparer des plans de communication ;
    - Préparer les outils de communication de crise ;
    - Développer des outils permettant d'informer rapidement les professionnels de santé, les maires et les populations à risque en cas de menace sanitaire ;
    - Développer les liens avec les relais territoriaux (URPS, maires...) ;
    - Développer des outils de sensibilisation des professionnels de santé à la gestion des urgences sanitaires ;
    - Présenter régulièrement les résultats de la veille et de la sécurité sanitaire aux professionnels de santé et aux instances de démocratie sanitaire ;
    - Sensibiliser la population à la culture du risque et à la gestion de l'incertitude ;
    - ...

### 3. Programme d'actions

Le plan d'actions précise les modalités permettant d'atteindre les objectifs visant à améliorer la veille, l'alerte et la gestion des urgences et de crises sanitaires. Ainsi chaque objectif pourra être décliné en actions, auxquelles pourront être précisées les pilotes, les partenaires, les ressources nécessaires, un échéancier et des indicateurs de suivi.

Ce plan d'actions pourra par exemple être présenté sous forme d'un tableau avec échéancier.

### 4. Evaluation

Enfin le volet VAGUSAN du SRP devra préciser les modalités de suivi et d'évaluation du plan d'actions ainsi défini. L'évaluation consistera notamment à :

- à mesurer le degré d'atteinte des objectifs ;
- à vérifier l'adéquation entre objectifs initiaux et les objectifs atteints ;
- à identifier et analyser les causes éventuelles d'écart ;
- à dégager les orientations futures.

## Annexe 2 : nomenclature des opérateurs et des types d'actions en PPS : 2 exemples extraits du SI PRSP et de l'outil OSCARS

Ces exemples issus du SI PRSP et de l'outil OSCARS permettent de décrire les principaux opérateurs en PPS et types d'actions menées par ces différents acteurs.

### SI PRSP (V2)

- Opérateurs

<b>Administration de l'Etat</b>	Service déconcentré de l'Etat à compétence (inter) régionale
	Service déconcentré de l'Etat à compétence (inter) départementale
	Autres
<b>Association loi 1901 ou assimilé</b>	Associations
	CRES – CODES – CRIPS
	ORS
<b>Collectivité territoriale</b>	Autres
	Commune – Groupement de communes
	Département
	Département d'Outre-mer
	Région
<b>Etablissement d'enseignement</b>	Autres
	Public local
	Public national
	Privé
	Caisse des écoles
<b>Etablissement d'hospitalisation</b>	Autres
<b>Etablissement public (autre)</b>	Centre communal d'action sociale
	Offre public d'habitation à loyer modéré (OPHLM)

	Etablissement public local social et médico-social
	Autres
<b>Fondation</b>	
<b>Groupement d'intérêt public (GIP)</b>	
<b>Organisme gérant un régime de protection sociale à adhésion obligatoire</b>	Régime général de la sécurité sociale
	Régime spécial de sécurité sociale
	Régime social agricole
	Régime social des indépendants
	Institution de retraite complémentaire
	Autres
<b>Organisme mutualiste</b>	
<b>Organismes professionnels (syndicats, ordres, URML)</b>	
<b>Personne morale immatriculée au RCS</b>	
<b>Personne physique</b>	
<b>Société commerciale</b>	

- Type d'actions

<b>Modalités d'intervention</b>	
<b>Niveau 1</b>	<b>Niveau 2</b>
<b>Fonctions supports méthodologiques</b>	Appui en méthodologie, documentation, suivi, bilans, évaluation
	Formation (initiale, continue, thématique, formation- action, ...)
<b>Travail en réseau</b>	Travail en réseau de professionnels, bénévoles..., soutien aux équipes locales...
	Coordination ASV
<b>Information, sensibilisation, communication, outils d'intervention</b>	Information-accueil
	Info collective : production, analyse ou valorisation d'outils

	<p>Info collective : conférences, colloques, expositions...</p> <p>Info collective : campagne, support papier, multimédia</p> <p>Info collective : spectacle, théâtre-forum</p>
<b>Actions sur milieux et conditions de vie (dont celles liées à la réglementation)</b>	
<b>Prévention individuelle</b>	<p>Accueil individualisé de prévention</p> <p>Vaccinations</p>
<b>Prévention – Actions auprès de groupes</b>	<p>Ateliers santé</p> <p>Groupes de parole, ateliers pédagogiques...</p>
<b>Dépistage – Repérage précoce</b>	<p>Action de dépistage</p> <p>Repérage précoce</p> <p>Fonctionnement de la structure réalisant le dépistage</p> <p>Sensibilisation au dépistage</p>
<b>Prise en charge individuelle, accompagnement</b>	<p>Prise en charge sociale</p> <p>Prise en charge sanitaire (sevrage tabagique, consultations nutritionnelles ...)</p> <p>Education thérapeutique, éducation du patient</p>
<b>Prise en charge collective</b>	<p>Prise en charge sociale : Lieu d'accueil et d'écoute, aide aux personnes</p> <p>Prise en charge sanitaire : Groupes de parole, Ateliers pédagogiques (pour éducation thérapeutique d'un groupe de patients)</p>
<b>Etudes, recherche, enquêtes, observation, diagnostic</b>	
<b>Autres</b>	

## Nomenclature OSCARS

- Opérateurs



- Types d'actions



## Annexe 3 : plans nationaux de santé publique

### **Santé générale des populations**

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies

La prise en charge et la prévention des addictions

Plan santé des jeunes 16-25 ans

Deuxième programme national nutrition santé

Plan national de prévention bucco-dentaire

Plan d'actions stratégiques : Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice

Plan autisme

### **Maladies chroniques**

Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux » 2010-2014

Plan Cancer

Plan Alzheimer et maladies apparentées

Programme de développement des soins palliatifs

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques

Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur

Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive: "connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO »

### **Risques infectieux**

Plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins

Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013

Plan national de lutte contre les hépatites B et C

Programme de lutte contre la tuberculose en France

Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France

Plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques (*nouveau plan prévu fin 2010*)

Programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (*nouveau plan prévu fin 2010*)

Plan national anti-dissémination chikungunya – dengue en métropole

### **Santé environnementale**

Plan national santé environnement PNSE2

Plan de santé au travail 2010/2014

Plan résidus de médicaments dans les eaux

Plan de prévention des accidents de la vie courante

Plan d'action chlordécone en Martinique et en Guadeloupe

### **Préparation et gestion des alertes sanitaires**

Règlement sanitaire international

Plan national de prévention et de lutte « pandémie grippale »

Plan blanc et Plan Blanc élargi

Plan national canicule

Plan grand froid

## Annexe 4 : cadres nationaux de partenariat

- Contrat cadre de partenariat ministère chargé de la santé – ministère chargé de l'enseignement scolaire 2003



protocolepartenaire  
\_61836.pdf ...

- Charte de la santé des jeunes en insertion sociale et professionnelle, signée entre les ministres chargés, de la santé, de l'emploi, de la cohésion sociale et le conseil national des missions locales

[http://www.cnml.gouv.fr/IMG/pdf/Charte\\_sante\\_orientations.pdf](http://www.cnml.gouv.fr/IMG/pdf/Charte_sante_orientations.pdf)

- Contrat cadre de partenariat en santé publique entre la DGS et la Direction générale de l'enseignement et de la recherche du ministère de l'agriculture et de la pêche



Contcadre DGER  
DGS mars08 (3)...

- Contrat cadre de partenariat en santé publique entre la DGS et la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse



ContcadreDPJJ-DG  
S signature.do...

- Circulaire du 4 mars 2010, conjointe ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministère de la santé et des sports, relative à l'organisation et aux missions des services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé

[http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/rubrique-bo.html?cid\\_bo=51006](http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/pid20536/rubrique-bo.html?cid_bo=51006)

- Contrat Etat Uncam

Ce contrat détermine des objectifs qui serviront à guider l'élaboration des programmes nationaux de gestion du risque. Les régimes d'assurance maladie poursuivront la mise en œuvre, par le biais de leurs organismes et services locaux, des programmes nationaux de gestion du risque consacrés par la loi. Les ARS pourront développer, en complément des programmes nationaux élaborés par l'Assurance Maladie, des actions régionales complémentaires spécifiques de gestion du risque qui constitueront avec les actions issues des programmes nationaux de gestion du risque déclinés au niveau régional, le programme pluriannuel régional de gestion du risque. La mise en œuvre de ce programme pluriannuel régional de gestion du risque ainsi que des autres actions prévues par le projet régional de santé feront l'objet d'une contractualisation spécifique avec les organismes et services d'assurance maladie.

Objectif 9 du contrat Etat-Uncam: Identification des principes d'action en matière de prévention et de promotion de la santé (rédaction provisoire)

L'Etat élabore la politique nationale de santé en fonction des grands enjeux de santé publique. Il définit des thèmes prioritaires et des programmes nationaux destinés à atteindre les objectifs précisés dans la loi de santé publique sur lesquels il mobilise les différents acteurs de santé, agences sanitaires, régimes d'assurance maladie obligatoires, ARS.

Les actions menées par les régimes d'assurance maladie en matière de prévention s'inscrivent dans cette politique nationale de santé publique.

L'identification commune de principes d'action permet de structurer et de fonder la collaboration entre l'État et l'Assurance maladie ayant l'un et l'autre pour ambition de mener une politique de prévention validée au plan scientifique, coordonnée, cohérente, et efficiente permettant de corriger les inégalités de santé. Développer de nouvelles approches de prévention pour les patients à haut risque ou particulièrement coûteux, adapter les messages d'information aux assurés et mieux coordonner les actions nationales et régionales constituent des objectifs communs afin de mener une politique coordonnée.

### 1/ Se fonder sur des références scientifiques validées

Pour l'élaboration de toute action de prévention, il est nécessaire de rassembler les données disponibles sur l'efficacité et l'efficience des interventions proposées en s'appuyant sur l'analyse critique systématique des références scientifiques validées disponibles et de mettre en place, le cas échéant, des expérimentations contrôlées quand les données disponibles sont insuffisantes. Cette mission relève des agences concernées, plus particulièrement de l'INPES et de l'INCa. Avant toute généralisation du dispositif, il conviendra de prévoir une évaluation externe et de recueillir, au regard des résultats obtenus, un accord entre les parties prenantes en lien avec les associations de malades et les sociétés savantes. Dans tous les cas, l'Etat et l'Assurance maladie s'assurent de la bonne association de toutes les parties prenantes au processus d'élaboration, de réalisation et d'évaluation des actions.

L'État et l'Assurance maladie expérimentent de nouvelles démarches sous réserve des moyens financiers disponibles. Les premières expérimentations porteront notamment, sur la première partie du contrat, sur le dépistage du déficit auditif chez les jeunes, l'amélioration du suivi somatique des patients atteints d'affections psychiatriques lourdes et les dépistages néonataux des maladies rares et de la surdité.

### 2/ S'appuyer sur le professionnel de santé de premier recours

La logique préventive doit s'inscrire au sein du parcours de soins coordonné favorisant ainsi les actions de prévention et le dépistage des risques par le médecin traitant. La relation de proximité du professionnel de santé de premier recours avec chaque patient permet le développement d'une prévention individualisée et personnalisée. Sur la base des recommandations de bonnes pratiques, il est à même de sensibiliser, d'informer et de d'accompagner chaque patient dans la gestion de sa santé selon les événements de vie (entrée dans l'adolescence, projet de maternité, ...) qui engendrent des facteurs de risques ou nécessitent des points d'attention spécifiques. Par ailleurs, l'assurance maladie doit continuer à favoriser l'engagement des professionnels de santé dans la promotion de la prévention sur des thèmes priorités au travers des négociations nationales.

Ces interventions porteront en premier lieu sur la prévention des comportements de consommations à risque (alcool, tabac et autres produits psychoactifs) chez les femmes ayant un projet de grossesse ou en âge de procréer et sur le repérage précoce et l'intervention brève (RPIB) en matière d'alcool.

### 3/ Augmenter les taux de participation aux programmes de prévention

Il est essentiel d'améliorer le taux de participation de la population aux programmes de dépistages, de vaccinations par la conception d'outils adaptés. L'Assurance maladie utilisera ses différents leviers (contacts directs, internet, courriers, relations avec partenaires associatifs...) pour inciter les assurés à y participer tout en améliorant les conditions d'accès afin de s'adresser aux personnes les plus éloignées géographiquement et socialement du système de soins. L'asymétrie d'information en matière de santé doit faire l'objet d'une attention soutenue dans le champ de la prévention. Ce renforcement de la possibilité d'accès des assurés aux messages de prévention repose notamment sur l'enrichissement d'un compte prévention personnalisé et l'ouverture, en ligne, d'un espace d'information santé par les différents régimes d'assurance maladie.

### 4/ Soutenir le déploiement des actions régionales dans le cadre des ARS

L'action en matière de prévention doit se conduire au plus près de la population concernée. Avec les ARS le niveau régional est devenu le cadre essentiel de référence pour la mise en œuvre, le pilotage, l'évaluation des politiques de santé et la coordination des acteurs autour d'une réponse pluri partenariale aux problèmes de santé de la population.

A travers le projet régional de santé et tout particulièrement le schéma de prévention des ARS, trois ambitions majeures sont poursuivies : mieux définir et organiser l'offre de prévention, renforcer la qualité et l'efficacité des interventions et améliorer l'accès de tous à ces services.

Outre les actions prévues au programme régional de gestion du risque pour mettre en œuvre et compléter localement, les programmes nationaux de gestion du risque, les caisses locales d'assurance maladie peuvent participer à la mise en œuvre des objectifs de prévention de l'ARS *via* le contrat qu'elles concluront avec l'ARS. Les actions de prévention menées par les caisses locales pour le bénéfice de leurs assurés s'intégreront donc dans le cadre soit des programmes nationaux définis par les COG à travers le programme régional de gestion du risque, soit des programmes régionaux de prévention dans le cadre du projet régional de santé..

Enfin, les trois régimes d'assurance maladie versent des crédits en provenance des fonds de prévention constitués en leur sein pour financer les actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaire. L'agence régionale de santé finance avec ces crédits et ceux de l'Etat, les actions de prévention, de promotion et d'éducation pour la santé prévues par les programmes du PRS et pilotées, dans le cadre de leurs attributions. Dans ce cadre, les caisses locales d'assurance des différents régimes peuvent être des opérateurs de prévention et présenter des actions dont elles assurent la mise en œuvre.

Il convient donc de s'assurer que l'ensemble de ces actions de prévention ainsi que les politiques publiques de subventions en matière de prévention portées par les différents acteurs reste cohérent. Aussi, un bilan régulier de toutes les actions de prévention sera effectué dans le cadre des commissions de prévention des ARS.

### 5/ Réduire les inégalités de santé

Ces inégalités commencent à se creuser dès le suivi de grossesse et la toute petite enfance et se poursuivent durant l'âge adulte. Ces inégalités de santé trouvent leur origine dans des déterminants multiples qui ont pour conséquence des inégalités dans la capacité de préservation du capital santé et des inégalités face à la maladie. Il est donc nécessaire de poursuivre, de manière cohérente, les politiques envers l'ensemble des groupes sociaux, et notamment des populations les plus vulnérables en prévoyant dans les programmes de prévention et de promotion de la santé des objectifs et des actions visant à la réduction des inégalités socio-économiques et territoriales de santé.

## Annexe 5 : textes de référence

### **Article L1434-2 du code de la santé publique**

Le projet régional de santé est constitué :

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

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

3° De programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine. La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé tels que définis à l'article [L. 1434-17](#).

Le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

### **Article L1434-5**

Le schéma régional de prévention inclut notamment des dispositions relatives à la prévention, à la promotion de la santé, à la santé environnementale et à la sécurité sanitaire. Il organise, dans le domaine de la santé des personnes, l'observation des risques émergents et les modalités de gestion des événements porteurs d'un risque sanitaire, conformément aux articles L. 1435-1 et L. 1435-2.

### **Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé**

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique et de la ministre de la santé et des sports,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment son article L. 312-5 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1434-1, L. 1434-2 et L. 1434-14 ;

Vu le décret n° 2010-347 du 31 mars 2010 relatif à la composition et au mode de fonctionnement des conférences de territoire ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 26 février 2010 ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 9 mars 2010 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 11 mars 2010 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

Les articles D. 1434-1 à D. 1434-20 du code de la santé publique deviennent les articles D. 1434-21 à D. 1434-40.

Article 2

Il est inséré au sein du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique un chapitre IV intitulé : « Planification régionale de la politique de santé » qui comporte une section 1 ainsi rédigée :

« Section 1

« **Projet régional de santé**

« Art.R. 1434-1.-Le projet régional de santé est arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis du préfet de région, du conseil régional, des conseils généraux, des conseils municipaux, ainsi que de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Celle-ci est informée chaque année de la mise en œuvre du projet.

« Le plan stratégique, les schémas régionaux et les programmes énumérés par l'article L. 1434-2, qui constituent avec le programme annuel de gestion du risque mentionné à l'article L. 1434-14 et dont les modalités d'établissement sont précisées aux articles R. 1434-9 à R. 1434-13 le projet régional de santé, peuvent être arrêtés séparément suivant la même procédure.

« Ces documents sont rendus publics. Ils peuvent être révisés à tout moment par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, en suivant la même procédure.

« Le projet régional de santé est révisé au moins tous les cinq ans après évaluation de sa mise en œuvre et de la réalisation des objectifs fixés dans le plan stratégique régional de santé.

« **Sous-section 1**

« **Plan stratégique régional de santé**

« Art.R. 1434-2.-Le plan stratégique régional de santé comporte :

« 1° Une évaluation des besoins de santé et de leur évolution, tenant compte :

« a) De la situation démographique ;

« b) De l'état de santé de la population et des données sur les risques sanitaires ;

« c) Des inégalités sociales et territoriales de santé ;

« d) Des données régionales en matière de santé et de handicap ;

« 2° Une analyse de l'offre et de son évolution pré visible dans les domaines de la prévention, du soin et de la prise en charge de la perte d'autonomie ;

« 3° Les objectifs fixés en matière :

« a) De prévention ;

« b) D'amélioration de l'accès aux établissements, aux professionnels et aux services de santé ;

« c) De réduction des inégalités sociales et territoriales en santé, notamment en matière de soins ;

« d) De qualité et d'efficacité des prises en charge ;

« e) De respect des droits des usagers ;

« 4° Les mesures de coordination avec les autres politiques de santé, notamment dans les domaines de la protection maternelle et infantile, de la santé au travail, de la santé en milieu scolaire et universitaire et de la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion ;

« 5° L'organisation du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du projet régional de santé.

« Le plan stratégique régional de santé prend en compte les travaux des conférences de territoire.

« **Sous-section 2**

« **Schéma régional de prévention**

« Art.R. 1434-3.-Le schéma régional de prévention met en œuvre le plan stratégique régional. Il comporte :

« 1° Des actions, médicales ou non, concourant à :

« a) La promotion de la santé de l'ensemble de la population ;

« b) La prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques chez des personnes exposées, y compris les actions de vaccination et de dépistage ;

« c) La prévention au bénéfice des patients et de leur entourage, notamment l'éducation thérapeutique ;

« 2° Une organisation des activités de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires, en lien avec les autorités, les services ministériels et les agences nationales compétentes ;

« 3° Des orientations permettant d'améliorer, dans chaque territoire de santé, l'offre de services dans le domaine de la prévention individuelle et collective ;

« 4° Les modalités du développement des métiers et des formations nécessaires à l'amélioration de la qualité des actions de prévention ;

« 5° Les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de la prévention.

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

« Sous-section 3

« Schéma régional et interrégional d'organisation des soins

« Art.R. 1434-4.-Le schéma régional d'organisation des soins comporte :

« 1° Une partie relative à l'offre de soins définie à l'article L. 1434-9. Cette partie est opposable aux établissements de santé, aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations ;

« 2° Une partie relative à l'offre sanitaire des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé, des centres de santé, des pôles de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.

« Il détermine les modalités de coordination des soins de toute nature apportés au patient.

« Il précise les modalités de coordination des établissements, professionnels et services de santé.

« Il détermine les objectifs retenus pour assurer une offre de soins suffisante aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14 -1 du code de la sécurité sociale.

« Il prévoit les mesures de nature à améliorer l'efficacité de l'offre de soins.

« Il précise les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de l'organisation des soins.

« Art.R. 1434-5.-Le schéma interrégional d'organisation des soins relatif aux activités et aux équipements dont la liste est fixée par le ministre chargé de la santé est arrêté par les directeurs généraux des agences régionales de santé après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de chacune des régions.

« Le schéma interrégional d'organisation des soins comporte une partie opposable relative à l'offre de soins des établissements de santé et autres titulaires d'autorisations d'activités de soins.

« Sous-section 4

« Schéma régional d'organisation médico-sociale

« Art.R. 1434-6.-Le schéma régional d'organisation médico-sociale prend en compte les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale et les besoins spécifiquement régionaux mentionnés par le plan stratégique régional de santé.

« Le schéma régional d'organisation médico-sociale :

« 1° Apprécie les besoins de prévention, d'accompagnement et de prise en charge médico-sociaux, au regard notamment des évolutions démographiques, épidémiologiques, socio-économiques et des choix de vie exprimés par les personnes handicapées, en perte d'autonomie ou vulnérables ;

« 2° Détermine l'évolution de l'offre médico-sociale souhaitable pour répondre à ces besoins au regard de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante, de sa répartition et des conditions d'accès aux services et aux établissements. Il prend en compte la démographie et les besoins de formation des professionnels ;

« 3° Précise les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de l'organisation médico-sociale.

« La commission de coordination des politiques publiques de santé compétente dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux est consultée sur le schéma régional d'organisation médico-sociale.

« Sous-section 5

« Programmes d'application des schémas

« Art.R. 1434-7.-Des programmes prévoient les actions et les financements permettant la mise en œuvre du projet régional de santé. Un même programme peut prévoir des mesures relevant de plusieurs schémas.

« Chaque programme détermine les résultats attendus, les indicateurs permettant de mesurer leur réalisation et le calendrier de mise en œuvre des actions prévues. Il fixe les modalités de suivi et d'évaluation de ces actions.

« Les programmes territoriaux de santé et les contrats locaux de santé sont soumis pour avis aux conférences des territoires concernés.

« La commission de coordination des politiques publiques de santé compétente dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux est consultée sur le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

« Sous-section 6

« Dispositions diverses

« Art.R. 1434-8.-Les consultations prévues à la présente section sont réputées effectuées si les avis n'ont pas été émis dans un délai de six semaines à compter de la réception de la demande et des documents nécessaires à l'émission de l'avis. »

Article 3

A l'article 2 du décret du 31 mars 2010 susvisé, la référence à l'article « D. 1434-2 » est remplacée par la référence à l'article « D. 1434-22 ».

Article 4

Le ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique et la ministre de la santé et des sports sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 18 mai 2010.

François Fillon

Par le Premier ministre :

La ministre de la santé et des sports,

Roselyne Bachelot-Narquin

Le ministre du travail, de la solidarité

et de la fonction publique,

Eric Woerth

## **Textes relatifs à l'éducation thérapeutique du patient**

### Article L1161

L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie.

Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret.

Dans le cadre des programmes ou actions définis aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3, tout contact direct entre un malade et son entourage et une entreprise se livrant à l'exploitation d'un médicament ou une personne responsable de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro est interdit.

### Article L1161-2

Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des agences régionales de santé. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé.

Ces programmes sont évalués par la Haute Autorité de santé.

### Article L1161-3

Les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. Elles sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé.

### Article L1161-4

Les programmes ou actions définis aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3 ne peuvent être ni élaborés ni mis en œuvre par des entreprises se livrant à l'exploitation d'un médicament, des personnes responsables de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro ou des entreprises proposant des prestations en lien avec la santé. Toutefois, ces entreprises et ces personnes peuvent prendre part aux actions ou programmes mentionnés aux articles L. 1161-2 et L. 1161-3, notamment pour leur financement, dès lors que des professionnels de santé et des associations mentionnées à l'article [L. 1114-1](#) élaborent et mettent en œuvre ces programmes ou actions.

## DECRET

### **Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient**

NOR: SASP1007571D

Le Premier ministre

Sur le rapport de la ministre de la santé et des sports,  
Vu le [code de la santé publique](#), notamment ses articles L. 1161-1, L. 1161-2 et L. 1161-6 ;  
Vu la [loi n°61-814 du 29 juillet 1961](#) conférant aux îles Wallis et Futuna le statut de territoire d'outre-mer ;  
Vu la loi n° 2000-321 du 20 juin 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, notamment son article 22 ;  
Vu la [loi n°2009-879 du 21 juillet 2009](#) portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, notamment son article 84 ;  
Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales du 28 avril 2010 ;  
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

Article 1

A la section 1 du chapitre Ier du titre VI du livre Ier de la première partie du code de la santé publique, il est ajouté une sous-section 2 ainsi rédigée :

« Sous-section 2

« Régime d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique

« Art.R. 1161-3.-Les programmes d'éducation thérapeutique du patient mentionnés aux articles L. 1161-2 à L. 1161-4 sont coordonnés par un médecin, par un autre professionnel de santé ou par un représentant dûment mandaté d'une association de patients agréée au titre de l'article L. 1114-1.

« Un programme doit être mis en œuvre par au moins deux professionnels de santé de professions différentes, régies par les dispositions des livres Ier et II et des titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie.

« Lorsque le programme n'est pas coordonné par un médecin, l'un de ces deux professionnels de santé est un médecin.

« Art.R. 1161-4.-I. — La demande d'autorisation d'un programme d'éducation thérapeutique du patient, mentionnée à l'article L. 1161-2, est adressée, par pli recommandé avec demande d'avis de réception, au directeur général de l'agence régionale de santé dans le ressort territorial de laquelle le programme d'éducation thérapeutique est destiné à être mis en œuvre.

« Lorsque le programme relève de la compétence territoriale de plusieurs agences régionales de santé, la demande est transmise au directeur général de l'une d'entre elles. Le directeur de l'agence régionale de santé qui prend la décision en informe les autres agences.

« Ce dossier comprend des informations relatives :

« 1° Aux objectifs du programme et à ses modalités d'organisation ;

« 2° Aux effectifs et à la qualification du coordinateur et des personnels intervenant dans le programme ;

« 3° A la population concernée par le programme ;

« 4° Aux sources prévisionnelles de financement.

« La composition du dossier de demande d'autorisation est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

« II. — Le directeur général de l'agence régionale de santé se prononce dans un délai de deux mois à compter de la présentation d'une demande complète. L'autorisation est réputée acquise au terme de ce délai.

« Le dossier est réputé complet si le directeur général a délivré un accusé de réception ou n'a pas fait connaître, dans le délai d'un mois à compter de sa réception, au demandeur, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, la liste des pièces manquantes ou incomplètes.

« III. — L'autorisation est valable pour une durée de quatre ans. Elle peut être renouvelée par le directeur général de l'agence régionale de santé, pour une durée identique, sur

demande du titulaire de l'autorisation adressée au plus tard quatre mois avant sa date d'expiration, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Les dispositions du II s'appliquent à ces demandes de renouvellement.

« Art.R. 1161-5.-I. — Pour délivrer l'autorisation mentionnée à l'article R. 1161-4, le directeur général de l'agence régionale de santé s'assure que la demande d'autorisation répond aux exigences suivantes :

« 1° Le programme est conforme au cahier des charges mentionné à l'article L. 1161-2 ;

« 2° Les obligations mentionnées aux articles L. 1161-1 et L. 1161-4 relatives aux incompatibilités et interdictions pour l'élaboration des programmes et leur mise en œuvre sont respectées ;

« 3° La coordination du programme répond aux obligations définies à l'article R. 1161-3.

« II. — Lorsqu'un programme autorisé ne remplit plus les conditions mentionnées au I ou pour des motifs de santé publique, le directeur général de l'agence régionale de santé peut retirer l'autorisation délivrée.

« Le retrait est prononcé par décision motivée après l'expiration d'un délai de trente jours suivant la notification d'une mise en demeure au titulaire de l'autorisation précisant les griefs formulés à son encontre.

« Lorsque le programme est mis en œuvre selon des modalités susceptibles de mettre en danger la santé des patients, le directeur général de l'agence régionale de santé suspend, sans délai, l'autorisation accordée.

« Art.R. 1161-6.-Toutes modifications portant sur le changement du coordonnateur mentionné à l'article R. 1161-3, sur les objectifs du programme ou la source de financement du programme sont subordonnées à une autorisation préalable après avoir été notifiées au directeur général de l'agence régionale de santé par pli recommandé avec demande d'avis de réception. Le silence gardé par le directeur général de l'agence régionale de santé pendant un délai de trente jours à compter de la date de délivrance de l'accusé de réception du pli recommandé vaut acceptation de ces modifications.

« Les autres modifications des éléments de l'autorisation initiale font l'objet d'une déclaration annuelle.

« Art.R. 1161-7.-L'autorisation mentionnée à l'article L. 1161-2 délivrée par l'agence régionale de santé devient caduque si :

« 1° Le programme n'est pas mis en œuvre dans les douze mois qui suivent sa délivrance ;

« 2° Le programme mis en œuvre ne l'est plus pendant six mois consécutifs.

« Toutefois, les dispositions des 1° et 2° ne trouvent pas à s'appliquer lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé prend une décision en ce sens en raison de circonstances particulières. »

## Article 2

Les programmes mis en œuvre après la publication de la [loi du 21 juillet 2009 susvisée](#) sont réputés autorisés dès lors que l'accusé de réception mentionné au II de l'article R. 1161-4 aura été délivré par le directeur général de l'agence régionale avant le 1er janvier 2011 et jusqu'à ce qu'il soit statué sur leur conformité aux exigences mentionnées à l'article R. 1161-5 ou qu'une autorisation ait été réputée donnée dans les conditions prévues au II de l'article R. 1161-4.

## Article 3

I. — Le chapitre Ier du titre II du livre V de la première partie du code de la santé publique est complété par un article R. 1521-2 ainsi rédigé :

« Art. R. 1521-2. - Les articles R. 1161-3 à R. 1161-7 sont applicables à Wallis et Futuna sous réserve des adaptations suivantes de l'article R. 1161-3 :

« 1° Au premier alinéa, les mots : "au titre de l'article L. 1114-1" sont supprimés ;

« 2° Au deuxième alinéa, les mots : "régies par les dispositions des livres Ier et II et des titres Ier à VII du livre III" sont remplacés par les mots : "dans les conditions fixées par les chapitres Ier à III du titre II du livre IV." »

II. — L'article 2 du présent décret est applicable à Wallis et Futuna.

#### Article 4

Le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales, la ministre de la santé et des sports et la ministre auprès du ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales, chargée de l'outre-mer, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 2 août 2010.

François Fillon

Par le Premier ministre :

La ministre de la santé et des sports,

Roselyne Bachelot-Narquin

Le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales,

Brice Hortefeux

La ministre auprès du ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales, chargée de l'outre-mer,

Marie-Luce Penchard

#### DECRET

**Décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient**

NOR: SASH1017847D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de la santé et des sports,

Vu le [code de la santé publique](#), notamment son article L. 1161-1 ;

Vu la [loi n°61-814 du 29 juillet 1961](#) conférant aux îles Wallis et Futuna le statut de territoire d'outre-mer ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales du 21 octobre 2009,

Décète :

Article 1

Le livre Ier de la première partie du code de la santé publique est complété par un titre VI ainsi rédigé :

« TITRE VI

« ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

« Chapitre Ier

« Dispositions générales

« Section 1

« Compétences nécessaires et régime d'autorisation

« Sous-section 1

« Compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient

« Art.D. 1161-1.-L'éducation thérapeutique du patient peut être dispensée par les professionnels de santé mentionnés aux livres Ier et II et aux titres Ier à VII du livre III de la quatrième partie du présent code.

« Elle peut être assurée avec le concours d'autres professionnels.

« Les membres des associations agréées conformément à l'article L. 1114-1 et des organismes œuvrant dans le champ de la promotion de la santé, la prévention ou l'éducation pour la santé peuvent participer à l'éducation thérapeutique du patient dans le champ déterminé par les cahiers des charges mentionnés à l'article L. 1161-2 et à l'article L. 1161-3.

« Art.D. 1161-2.-Pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient, les professionnels mentionnés à l'article D. 1161-1 disposent des compétences suivantes :

« 1° Compétences relationnelles ;

« 2° Compétences pédagogiques et d'animation ;

« 3° Compétences méthodologiques et organisationnelles ;

« 4° Compétences biomédicales et de soins.

« Le référentiel déclinant ces compétences et les conditions nécessaires à leur acquisition sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé. »

## Article 2

Il est inséré au livre V de la première partie du code de la santé publique un titre II ainsi rédigé :

« TITRE II

« ÎLES WALLIS ET FUTUNA

« Chapitre Ier

« Protection des personnes en matière de santé

« Section unique

« Art.D. 1521-1.-Les articles D. 1161 et D. 1161-2 sont applicables à Wallis et Futuna sous réserve des adaptations suivantes de l'article D. 1161-1 :

« 1° Au premier alinéa, les mots : " mentionnés aux livres Ier et II et aux titres Ier à VII du livre III " sont remplacés par les mots : " dans les conditions fixées par les chapitres Ier à III du titre II du livre IV " » ;

« 2° Au troisième alinéa, les mots : " conformément à l'article L. 1111-14 " sont supprimés. »

## Article 3

Le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales, la ministre de la santé et des sports et la ministre auprès du ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales, chargée de l'outre-mer, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française

Fait à Paris, le 2 août 2010.

François Fillon

Par le Premier ministre :

La ministre de la santé et des sports,

Roselyne Bachelot-Narquin

Le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales,

Brice Hortefeux

La ministre auprès du ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales, chargée de l'outre-mer,

Marie-Luce Penchard

VOIR AUSSI LES ARRETES

**Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient**

NOR: SASH1017893A

**Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation**

NOR: SASP1017423A

Document de travail