

PLAN RÉGIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
RHÔNE-ALPES

2006-2010

priorités de santé publique



**PLAN RÉGIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
RHÔNE-ALPES**

2006-2010

priorités de santé publique

SOMMAIRE

Introduction : la loi de santé publique	5
Le PRSP en Rhône-Alpes : concertations et consultations	6
Observation, évaluation, communication	9
Observer	10
Évaluer	13
Communiquer	15
Des priorités de santé pour Rhône-Alpes	17
Description des quatre scénarios proposés	20
L'avis de la conférence régionale de santé	26
Le scénario retenu	27
Grands principes d'application du PRSP	33
Arrêté relatif au plan régional de santé publique Rhône-Alpes	36
Références	38
Abréviations	39

Introduction

la loi de santé publique

La loi de santé publique du 9 août 2004 stipule que dans chaque région de France, le préfet arrête un plan régional de santé publique (PRSP), ensemble cohérent de programmes et d'actions permettant :

De mettre en œuvre de façon régionale les programmes nationaux stratégiques :

- Plan cancer
- Plan national santé-environnement
- Plan de lutte pour limiter l'impact de la violence sur la santé
- Plan pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques
- Plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares, sans oublier les personnes en situation de précarité (programme d'accès à la prévention et aux soins)

De définir des objectifs régionaux spécifiques

De construire un plan des alertes et de gestion des situations d'urgence sanitaire

Ce plan doit recueillir l'avis de la Conférence Régionale de santé (CRS), dont la composition et les missions ont été renouvelées par le décret du 8 décembre 2005 (n° 2005-1539).



Le PRSP en Rhône-Alpes concertations et consultations

Si la loi de santé publique réaffirme le pilotage par l'État de la politique régionale de santé, le souhait en Rhône-Alpes a été d'agir dans la concertation dès la phase d'élaboration de cette politique régionale. D'ailleurs, le Conseil Régional a été rapidement intéressé par cette démarche, et dès la fin du mois d'août 2004, des contacts étaient pris entre ses services et ceux de la DRASS.

La démarche d'élaboration de ce volet en Rhône-Alpes s'est ainsi appuyée sur un comité de pilotage (COPIL) comportant les institutions suivantes au début des travaux (septembre 2004) :

- URCAM
- CRAM
- ARH
- Conseil Régional
- DRASS

avec l'appui d'un consultant en santé publique, le CAREPS

Se sont joints à ce comité :

- Le rectorat de Grenoble (septembre 2005)
- Le Conseil Général de l'Isère (septembre 2005)
- La Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (juin 2006)

Le comité de pilotage a souhaité que la démarche de construction du PRSP ne soit pas une juxtaposition de plans nationaux ou régionaux, mais débouche sur un travail de fond permettant d'établir une véritable politique régionale de santé.

Le COPIL a fait des choix d'intégration. C'est ainsi que font partie du PRSP :

- Le volet « observation, évaluation et communication » qui est entièrement transversal
- Le plan d'action des alertes et de la gestion des situations d'urgences sanitaires piloté par la CIRE (avec le soutien de l'InVs)
- Le PRSE, plan régional santé environnement, dont le pilotage interministériel incombe au SGAR

Une démarche de cohérence avec les travaux généraux du SROS a été menée, notamment pour bâtir un diagnostic partagé dans la région.

Au-delà et dans la mise en œuvre, le COPIL a souhaité construire une ingénierie permettant :

- L'élaboration et la construction de systèmes d'information, d'outils de suivi et d'évaluation communs
- L'organisation et l'opérationnalité pour mettre en place une politique coordonnée qui resitue les rôles de chaque institution sans laminer leur contribution.

Cette ingénierie permettra :

- De démultiplier les efforts
- De rendre les actions lisibles et cohérentes pour les habitants et pour les acteurs de santé



Observation

évaluation, communication

Observer

10

Améliorer la connaissance de l'état et des besoins de santé des rhônalpins

10

Identifier et coordonner les compétences et les ressources

en observation de la santé publique 11

Améliorer les outils nécessaires à l'observation de la santé publique .. 12

Hierarchiser les objectifs d'amélioration de l'observation 12

Évaluer

13

Apprécier l'effectivité de la réalisation des actions du PRSP, le niveau d'atteinte des objectifs et l'impact des programmes

13

Disposer d'une base de données permettant le recensement des actions menées au titre du PRSP 13

Élaborer les indicateurs et les niveaux-cibles à atteindre pour quelques objectifs du PRSP 14

Disposer d'une appréciation qualitative des conditions d'application du PRSP 14

Identifier précisément et former des compétences en évaluation des politiques de santé publique 14

Communiquer

15

Assurer une communication apte à rendre visible l'existence, le déroulement et les résultats du PRSP

15

Disposer d'un site Internet autour du PRSP 15

Assurer la circulation de l'information constante et optimale entre toutes les institutions en charge des politiques de santé publique (en relation avec la CRS) 16

Assurer une communication périodique auprès des professionnels de santé et du grand public (en relation avec la CRS) 16

En Rhône-Alpes, un « panorama de la santé » (référence 1) a été rédigé en regroupant et analysant les données disponibles de chacune des institutions. À la suite de ces travaux, le choix a été fait de réaliser un volet « Observer, Évaluer, Communiquer » qui a vocation à être transversal aux trois autres volets. Le PRSE et le volet « Alerte Sanitaire » pourront par ailleurs contenir d'autres actions spécifiques d'observation, d'évaluation et de communication.

Observer

Améliorer la connaissance de l'état et des besoins de santé des rhônalpins

L'application d'une politique régionale de santé publique nécessite une bonne connaissance de l'état de santé de la population et des besoins des habitants vis-à-vis du système de prévention et de soins.

L'observation de la santé publique consiste :

- À dresser de manière régulière un portrait global de l'état de santé de la population
- À caractériser les usages et les besoins de la population vis-à-vis du système de santé
- À mettre en évidence les inégalités populationnelles ou territoriales vis-à-vis de la santé ou de l'accès aux moyens de la santé
- À détecter des problèmes en émergence
- À suivre l'évolution de certains problèmes spécifiques de santé au sein de la population

L'observation régionale de la santé publique doit disposer de moyens humains, matériels et organisationnels. Elle doit se développer en cohérence entre niveaux national, régional ou local. Cette cohérence verticale doit se combiner, sans s'imposer à une coordination régionale et locale des différents systèmes institutionnels d'observation et d'information. L'organisation de l'observation comportera une démarche de capitalisation, de documentation et de diffusion des résultats en direction des professionnels de santé, mais aussi, dans une optique de transparence et d'éducation sanitaire, en direction des médias et du grand public.

L'observation régionale de la santé est par nature une activité partagée par les différents acteurs depuis la formulation de ses objectifs jusqu'à la restitution des résultats. Elle peut impliquer tout ou partie de la population qui d'objet de l'observation en devient ainsi l'un de ses acteurs. Plus précisément, dans le cadre du PRSP, l'observation doit mettre l'accent sur l'analyse des besoins des habitants : il ne s'agit pas seulement d'analyser les comportements, les prévalences, les modalités d'accès aux soins mais aussi les besoins

de santé tels qu'ils sont exprimés par les usagers.

Une telle démarche pourra éventuellement se concentrer dans quelques territoires sélectionnés afin :

- D'être mise en perspective en produisant les tendances passées et prospectives des indicateurs
 - De permettre un suivi et une évaluation des priorités inscrites dans le PRSP
 - De produire des informations et des études spécifiques de manière à évaluer la réalisation de l'un des axes majeurs du PRSP : la réduction des inégalités face à la santé
-

Identifier et coordonner les compétences et les ressources en observation de la santé publique

Il s'agit d'améliorer la pertinence et la couverture des travaux d'observation au bénéfice de l'ensemble des institutions, en mutualisant les connaissances, en mettant en synergie des moyens et des compétences.

Deux moyens pour y parvenir :

- Le recensement des compétences humaines existantes dans les différentes institutions responsables de politiques de santé publique
- La mise en place d'une plate-forme de coordination sur la base du volontariat, sous une forme juridique ou administrative à déterminer

Cette plate-forme aura pour but de déterminer des programmes communs de travaux d'observation, de permettre des échanges entre responsables de l'observation, de favoriser la mise en commun des moyens, de capitaliser les résultats de travaux et de manière générale de développer la circulation de l'information entre les institutions qui participent à la santé publique ainsi qu'auprès des populations.

Améliorer les outils nécessaires à l'observation de la santé publique

Les responsables chargés de l'observation doivent disposer plus facilement de l'information quantitative et qualitative nécessaire à leur travail (notamment d'évaluation) ainsi que de bases méthodologiques renforcées.

Deux pistes de travail pour y parvenir :

- Favoriser la circulation de l'information disponible entre les institutions
- Renforcer sa mise en commun dans des bases de données qui seront accessibles aux acteurs de santé publique.

Les initiatives seront encouragées afin de produire des études sur des sujets mal connus ou nécessitant une approche à un niveau géographique fin. Mais elles feront l'objet d'une réflexion et d'une coordination préalable entre les institutions parties prenantes à une coordination régionale de l'observation.

Le recueil de l'information qualitative auprès des populations ou des acteurs de santé fera également l'objet d'une attention particulière. La prise en main de la santé publique par la population, notamment le public défavorisé au plan socio-économique, est l'une des clés de la réussite des actions de santé publique.

L'observation ne saurait se satisfaire d'une accumulation de données. L'analyse, le rapprochement, l'interprétation de celles-ci feront l'objet d'un travail critique collectif. L'instauration de « diagnostics locaux en santé » sera l'occasion d'une réflexion méthodologique de manière à améliorer la perception et l'appropriation des problèmes de santé publique par toutes les parties concernées.

Hiérarchiser les objectifs d'amélioration de l'observation

Devant la multiplicité des besoins d'observation, l'objectif des acteurs est de prioriser les actions à engager en fonction des moyens qu'ils auront réunis.

Les critères de hiérarchisation à prendre en compte sont :

- L'urgence des problèmes traités (ex : désertification médicale), notamment l'étude des pathologies ou des populations qui auront été jugées prioritaires par le PRSP
- La caractérisation des inégalités populationnelles ou territoriales. Le sens du concept d'inégalité, la pertinence des indicateurs employés devront faire l'objet d'attentions particulières.

Évaluer

Apprécier l'effectivité de la réalisation des actions du PRSP, le niveau d'atteinte des objectifs et l'impact des programmes

L'évaluation est le moyen à privilégier pour disposer d'une vision de l'efficacité du Plan Régional de Santé Publique. Pour être menée à bien, l'évaluation nécessite des compétences et des moyens spécifiques. Elle est nécessairement participative, faisant intervenir à tous les stades les acteurs auxquels elle s'applique. Elle est également partagée : la diffusion de ses résultats est assurée auprès de toutes les parties concernées. Elle a pour fonction essentielle l'analyse des écarts entre les objectifs et les réalisations menées au titre du PRSP pour réajuster périodiquement la gestion des programmes en tenant compte de la réalité de leur exécution, de la pertinence avérée des objectifs et de l'évolution générale des problèmes de santé publique au sein de la région.

Disposer d'une base de données permettant le recensement des actions menées au titre du PRSP

Un tel outil doit permettre d'apprécier à tout instant le nombre et l'ampleur des actions menées au titre des priorités retenues par le PRSP. Elle présuppose la construction d'un système d'informations alimenté par les partenaires ayant décidé d'adhérer à la démarche. Sans prétendre à l'exhaustivité des actions menées dans le domaine de la santé publique régionale, elle doit permettre d'identifier les actions menées au titre du PRSP.

Cet outil recense notamment le montant et la nature des moyens financiers mobilisés, le type de publics et les territoires ciblés par l'action.

Élaborer les indicateurs et les niveaux-cibles à atteindre pour quelques objectifs du PRSP

Les pratiques et les compétences en matière d'évaluation des politiques sont insuffisamment développées dans les principales institutions régionales. L'objectif est de marquer un progrès significatif dans ce domaine en construisant pour quelques actions sélectionnées des indicateurs de résultats quantifiés. Chaque indicateur, chaque cible fixée feront l'objet d'une concertation approfondie entre partenaires concernés, lesquels s'engageront à les alimenter suivant une procédure établie. Le suivi des indicateurs fera l'objet d'une large publication auprès des professionnels de santé et du public.

Disposer d'une appréciation qualitative des conditions d'application du PRSP

Il conviendra de mettre en place les conditions d'une évaluation qualitative de la mise en œuvre du PRSP sur quelques points particuliers. Celle-ci portera prioritairement sur la pertinence des objectifs, l'efficacité du système de mise en œuvre, l'effectivité de l'adhésion des institutions, et la plus-value du Plan Régional par rapport aux programmes de chacun des partenaires potentiels. Dans quelques cas précis, un processus d'évaluation d'impact auprès des populations des mesures relevant du PRSP pourrait être mis en place en utilisant notamment des procédés d'écoute des habitants auxquels elles s'appliquent.

Identifier précisément et former des compétences en évaluation des politiques de santé publique

La modestie actuelle des travaux d'évaluation dans ce domaine conduit à affirmer la nécessité de développer ces compétences au sein des institutions partenaires du PRSP. Il s'agira, au moins dans un premier temps, d'identifier clairement la structure administrative (et donc les savoir-faire disponibles) chargée de mettre en œuvre les actions d'évaluation prévues au Plan. Dans un second temps, il conviendra de mettre en place les formations aptes à développer une culture commune dans ce domaine. Ces formations auront pour objectif minimal de permettre aux formés d'exprimer une demande d'évaluation et de mettre en œuvre les éléments propres à sa satisfaction.

Communiquer

Assurer une communication apte à rendre visible l'existence, le déroulement et les résultats du PRSP

L'enjeu est de mettre en place les moyens d'une communication autour du PRSP à destination :

- Des institutions en charge de la santé publique
- Des acteurs de santé publique de la région
- De la population

Il s'agit de rendre effective dans les esprits et les pratiques l'existence du PRSP de manière à en faciliter l'appropriation et donc l'exécution.

Les objectifs de la communication doivent être l'information, l'explication, la restitution du déroulement et des résultats. Compte-tenu de la longueur de la période d'application du Plan, il convient d'investir dans des moyens de communication durables.

Disposer d'un site Internet autour du PRSP

L'objectif est d'utiliser cette technologie de communication en vue :

- D'assurer une diffusion large et permanente du PRSP et des actions de santé publique qui en découlent
- D'assurer une explication détaillée des mesures prises à ces titres
- D'offrir une plate-forme d'informations et d'échanges aux professionnels et à la population sur les problèmes qu'ils rencontrent
- De diffuser largement les informations sur le déroulement et les résultats attendus et effectifs des actions menées au titre du PRSP

Les orientations qu'il conviendra de donner à la communication au-delà des objectifs généraux précités et son fonctionnement quotidien feront l'objet d'une large concertation des principales institutions concernées.

Assurer la circulation de l'information constante et optimale entre toutes les institutions en charge des politiques de santé publique (en relation avec la CRS)

Au-delà de la mise à disposition d'une information quotidienne sur Internet, il s'agit d'assurer à la communauté chargée de l'application du PRSP, les moyens d'information, d'échanges, d'investigation qui sont nécessaires.

Cet objectif peut prendre la forme de réunions d'information, de colloques ou de séminaires à organiser périodiquement.

Une attention particulière est à porter à la CRS : elle doit être destinatrice d'informations approfondies afin qu'elle puisse mener les travaux qu'elle juge utiles.

Assurer une communication périodique auprès des professionnels de santé et du grand public (en relation avec la CRS)

L'existence du site Internet sera complétée par une communication plus « traditionnelle » auprès des professionnels et des populations.

Il s'agit par l'intermédiaire de média à large diffusion de rappeler au moins une fois par an l'existence et le bilan des actions entreprises.

Cette action pourra être complétée par une communication écrite (« 4 pages », dépliants...) mis à disposition dans les points de passage les plus fréquents de la population en quête de services sanitaires.

DES PRIORITÉS

de santé pour Rhône-Alpes

Le recueil du point de vue des acteurs (étude confiée au CAREPS) ..	18
Le panorama de l'état de santé : pas de spécificité dans la région	18
La construction des scénarios : la méthode	19
Description des quatre scénarios proposés	20
La population générale	20
La mère, l'enfant, le jeune	21
Les personnes âgées et les personnes handicapées	22
La lutte contre les « grands fléaux » et la réduction des inégalités	23
Une concertation souhaitée et organisée	24
L'avis de la conférence régionale de santé	26
Le scénario retenu	27
Orienter la politique de santé publique vers la réduction des inégalités en matière de santé	28
Réduire les facteurs de risque majeur de mortalité et de morbidité par la prévention primaire et développer le dépistage	29
Améliorer certaines prises en charge et la qualité de vie des personnes fragilisées	31

Les axes ont été définis par le comité de pilotage

2 axes stratégiques :

- Développer la prévention : réduire les facteurs de risque agir sur les comportements, développer le dépistage
- Améliorer certaines prises en charge et la qualité de vie des personnes concernées

3 axes transversaux :

- Réduire les inégalités en matière de santé
- Améliorer la connaissance pour mieux agir et mieux évaluer
- Rechercher l'implication des usagers

Le recueil du point de vue des acteurs (étude confiée au CAREPS)

La démarche a débuté par des entretiens qualitatifs auprès de 25 institutions menant des actions de santé (notamment les conseils généraux et les trois principales villes de Rhône-Alpes) pour cerner les attentes des partenaires.

Ce recueil a bénéficié d'un bon accueil : les partenaires ont manifesté un intérêt évident et a priori favorable.

Ces entretiens amènent au constat partagé qu'il y a très peu de spécificités rhônalpines en matière de santé, et qu'aucune spécificité ne s'impose de façon évidente.

Différents programmes de santé sont identifiés : le plan cancer est celui qui l'est le plus largement au sein de ce panel d'interviews.

La démarche menée autour du PRSP suscite une attente pour aider à hiérarchiser les priorités, une cohérence dans l'existant et dans sa valorisation, une clarification et un respect des rôles de chacun, une programmation à moyen terme, la mutualisation des moyens dont ceux relatifs aux systèmes d'observation de la santé et de ses déterminants. Pour certains des partenaires interviewés, leur inscription et implication sont inéluctables car elles découlent d'une logique de clarification et de cohérence.

Un attentisme s'est fait jour chez certains : collectivités locales notamment.

À la question de la mise en place du GRSP, les positions des uns et des autres ont été plus interrogatives quant à leur participation à ce GIP.

Le panorama de l'état de santé : pas de spécificité dans la région

Il a été réalisé par les membres du COPIL indépendamment des entretiens. L'état de santé des rhônalpins est, en moyenne, meilleur pour plusieurs indicateurs de santé que la moyenne française. Il présente peu de spécificités mise à part l'importance de populations de passage et la présence d'ambrosie (plante responsable d'allergie).

Les problématiques de santé sont à aborder à un niveau territorial plus fin. En effet, le panorama met en évidence l'importance des inégalités de santé dans la région, voire

même un cumul de « handicaps » dans certains secteurs (groupes de cantons). Ces inégalités concernent aussi bien la mortalité générale, la mortalité prématurée, la mortalité par cancer... que les indicateurs de précarité (revenus, niveau d'éducation...). Cet abord plus fin des zones et des publics devrait sous-tendre les logiques d'actions de prévention et de promotion de la santé, ainsi que celles de la création et/ou de l'adaptation de services.

La construction des scénarios : la méthode

L'élaboration de scénarios s'est faite de façon progressive lors de la réflexion conduite par les différentes institutions régionales (Conseil Régional, URCAM, CRAM, ARH) et de l'état (DDASS, DRASS) à partir des priorités nationales, plans régionaux et priorités des institutions.

Pour ce faire, deux groupes de travail ont été instaurés : un groupe technique interinstitutionnel regroupant les conseillers techniques des institutions membres du COPIL et un groupe composé de référents des DDASS (1 par département) et de la DRASS (service santé-environnement, mission promotion de la santé et inspection régionale de la santé). Le consultant en santé publique (CAREPS) a constitué en interne un groupe d'experts.

À partir d'un « catalogue » de 25 thèmes portant sur des problèmes de santé, des déterminants (facteurs de risque) et des populations (publics), une méthode de consensus progressif a été appliquée au sein de chacun des trois groupes de façon indépendante.

La méthode a consisté à hiérarchiser chacun de ces 25 thèmes selon 5 critères :

- Capacité fédératrice ou acceptabilité institutionnelle et sociale autour de ce thème
- Prévalence, fréquence ou gravité ressentie de ce problème dans la région
- Rapport coût/efficacité des actions menées sur ce problème
- Faisabilité des actions menées sur ce problème (moyens humains, financiers et techniques)
- Subsidiarité : le thème en question est-il insuffisamment traité dans la région ? Ou au contraire déjà bien pris en charge ?

C'est à partir de discussions et, au final, d'une méthode de consensus au sein des trois groupes que les scénarios ont pris forme.

Description des quatre scénarios proposés

La population générale - Scénario stratégique A

Axe I - Développer la prévention, réduire les facteurs de risque, agir sur les comportements, développer le dépistage

Neuf objectifs généraux :

- Prévenir le cancer et les maladies cardio-vasculaires (et les morbidités imputables aux mêmes facteurs de risque, en particulier l'obésité)
- Développer la prévention précoce en direction des enfants
- Prévenir ou réduire les conduites à risque chez le jeune
- Prévenir le suicide ou les décompensations psychosociales en lien avec la souffrance psychologique
- Lutter contre la violence dans le cadre familial
- Développer une prévention spécifique en direction des personnes âgées
- Développer la prévention en milieu du travail
- Prévenir les risques liés à l'environnement et dépister certains risques spécifiques
- Promouvoir le bon usage du médicament

Axe II - Améliorer certaines prises en charge et la qualité de vie des personnes concernées

Trois objectifs généraux :

- Améliorer la qualité de vie à domicile des personnes en perte d'autonomie, porteuses de maladie chronique ou en fin de vie
- Améliorer la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool
- Améliorer la prise en charge de la souffrance psychologique et de ses conséquences

Philosophie générale

Généraliste, le scénario A cible la population générale, tout en mettant l'accent sur certains publics. Transversale, la réduction des inégalités se décline pour chaque objectif général. Quelques grands thèmes sont tout de même privilégiés, comme le tabac, l'alcool, la nutrition, la santé mentale et la qualité de vie à domicile. Il a l'avantage de ses inconvénients : peu excluant, il pourrait se révéler « trop peu » excluant.

La mère, l'enfant, le jeune

- Scénario stratégique B

Axe I - Développer la prévention, réduire les facteurs de risque, agir sur les comportements, développer le dépistage

Six objectifs généraux :

- Prévenir le cancer et les maladies cardio-vasculaires (et les morbidités imputables aux mêmes facteurs de risque, en particulier l'obésité)
- Développer la prévention précoce en direction des enfants
- Prévenir ou réduire les conduites à risque chez le jeune
- Prévenir le suicide chez le jeune ou les décompensations psychosociales en lien avec la souffrance psychologique
- Développer la prévention de la violence en milieu scolaire et de la maltraitance des enfants
- Développer la prévention périnatale

Axe II - Améliorer certaines prises en charge et la qualité de vie des personnes concernées

Trois objectifs généraux :

- Améliorer la qualité de vie à domicile des personnes porteuses de maladie chronique ou en fin de vie
- Améliorer la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool
- Améliorer la prise en charge de la souffrance psychologique et de ses conséquences

Philosophie générale

Plus restrictif que le premier, le scénario B met fortement l'accent sur la mère, l'enfant et le jeune et ne cible la population générale que pour les facteurs de risque « cancer » et « maladies cardio-vasculaires ». Transversale, la réduction des inégalités se décline pour chaque objectif général.

Les grands thèmes privilégiés sont le tabac, l'alcool, la nutrition, la santé mentale, la prévention précoce, les conduites à risque et la qualité de vie à domicile.

Il a pour avantage d'être plus cohérent, car plus resserré que le scénario A.

Les personnes âgées et les personnes handicapées

- Scénario stratégique C

Axe I - Développer la prévention, réduire les facteurs de risque, agir sur les comportements, développer le dépistage

Quatre objectifs généraux :

- Prévenir le cancer et les maladies cardio-vasculaires (et les morbidités imputables aux mêmes facteurs de risque, en particulier l'obésité)
- Prévenir le suicide chez les personnes âgées
- Développer une prévention spécifique en direction des personnes âgées
- Promouvoir le bon usage du médicament

Axe II - Améliorer certaines prises en charge et la qualité de vie des personnes concernées

Un objectif général :

- Améliorer la qualité de vie à domicile des personnes âgées et handicapées, des personnes porteuses d'une maladie chronique et des personnes en fin de vie

Philosophie générale

Le scénario C est assez restrictif mais s'attaque à quelques-uns des plus grands problèmes de santé contemporains, en ciblant certains publics : personnes âgées et handicapées notamment. Transversale, la réduction des inégalités se décline pour chaque objectif général. Les grands thèmes privilégiés sont le tabac, l'alcool, la nutrition, la santé mentale et la qualité de vie à domicile.

Ce scénario a pour avantage de cibler les problèmes médico-économiques les plus lourds. Son principal inconvénient est d'exclure les problèmes de santé spécifiques de la mère, de l'enfant et du jeune.

La lutte contre les « grands fléaux » et la réduction des inégalités

- Scénario stratégique D

Axe I - Développer la prévention, réduire les facteurs de risque, agir sur les comportements, développer le dépistage

Deux objectifs généraux :

- Prévenir le cancer et les maladies cardio-vasculaires (et les morbidités imputables aux mêmes facteurs de risque, en particulier l'obésité)
- Prévenir le suicide ou les décompensations psychosociales en lien avec la souffrance psychologique

Axe II - Améliorer certaines prises en charge et la qualité de vie des personnes concernées

Trois objectifs généraux :

- Améliorer la qualité de vie à domicile des personnes en perte d'autonomie ou porteuses de maladie chronique ou en fin de vie
- Améliorer la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool
- Améliorer la prise en charge de la souffrance psychologique et de ses conséquences

Axe III - Réduire les inégalités en matière de santé

Deux objectifs généraux :

- Favoriser l'accès aux soins et à la prévention des publics en difficulté
- Faciliter l'accès aux ressources de santé dans les territoires où l'offre est limitée

Philosophie générale

Le scénario D paraît restrictif, avec deux objectifs très clairs : lutter contre les « grands fléaux » et réduire les inégalités. Il cible la population générale, les personnes précarisées et celles qui résident dans des territoires où l'offre de soins est limitée. La réduction des inégalités est ici un axe stratégique à part entière. Contrairement aux trois autres scénarios, elle est affichée pour tous les problèmes de santé publique, et pas seulement pour les priorités retenues. Les grands thèmes privilégiés sont le tabac, l'alcool, la nutrition, la santé mentale, la réduction des inégalités et la qualité de vie à domicile.

Ce scénario a l'avantage d'être très cohérent par rapport à la situation régionale et très sélectif.

Une concertation souhaitée et organisée

L'enquête publique : des priorités difficiles à dégager

Mise en ligne sur le site Internet DRASS/DDASS, début 2005, elle a réuni 431 réponses dont la majeure partie était le fait d'usagers.

Quatre thèmes ont été estimés tout à fait prioritaires en matière de santé publique : les problèmes de violence (en milieu scolaire ou familial), les cancers évitables ou dépistables, le sida, les hépatites et les maladies sexuellement transmissibles, le suicide et la dépression.

Quant aux objectifs, quatre priorités se dégagent :

- Repérage précoce de maladies ou de handicaps et orientation des personnes vers le soin
- Participation des personnes pour conserver leur santé
- Réduction des inégalités à l'accès à la prévention
- Prévention des pathologies d'origine environnementale

Trois axes de travail ont été dégagés : participation des personnes pour conserver leur santé, repérage précoce de maladies ou de handicaps et orientation des personnes, réduction des phénomènes de violence ayant un effet sur la santé.

La concertation locale avec les institutions, les acteurs, les professionnels

DDASS et DRASS ont présenté dans chacun des 8 départements la démarche et les différents scénarios. Il s'agissait de recueillir, le plus en amont possible de l'élaboration du PRSP, les avis, remarques et observations des partenaires.

Cette concertation s'est déroulée en juin - juillet 2005 au cours d'une même journée mais en deux temps :

- Devant les institutions départementales partenaires (CG, villes, CPAM, MSA, CMR, Éducation Nationale, Mutuelles, etc) d'une part,
- Devant les acteurs de santé publique, des professionnels de santé et des associations d'usagers, de patients, d'autre part.

L'ordre du jour des réunions était identique : ouverture de la séance par le Préfet de Département ou par le Directeur départemental ; présentation du panorama régional de la santé, suivi du focus départemental, du volet PRSE, des programmes régionaux et départementaux de santé, puis de la démarche de priorisation ayant abouti aux quatre scénarios. Ensuite, avaient lieu débat et échanges avec la salle sur les propositions présentées.

La concertation avec les partenaires institutionnels

La participation aux réunions départementales a été importante avec la présence de 25 entités différentes : services de l'état, organismes de protection sociale, collectivités locales ou territoriales et instances représentatives de professionnels. L'analyse de la participation par type d'institution montre une représentation à parité des collectivités locales ou territoriales (34%) et des organismes de protection sociale, surtout l'assurance maladie (32%) pour un peu moins de représentants des services de l'État autres que les DDASS (25%).

La méthode de priorisation et les scénarios - bien que complexes - sont apparus cohérents et n'ont pas été remis en cause. Des scénarios ont été privilégiés : « réduction des inégalités », « mère, enfant, jeune » ou une combinaison des deux.

Le scénario A est apparu peu crédible. Il est considéré comme trop large, « intenable » et d'un point de vue stratégique comme figeant trop les situations. Un certain regret - l'expression de sous-scénario sera utilisée pour les autres - de ne pouvoir tenir un tel cap est exprimé renvoyant surtout à la question des moyens.

Le scénario « personnes âgées » est moins privilégié. Les arguments allant à l'encontre de ce scénario sont d'une part, que « le bien vieillir » se prépare bien en amont et, d'autre part, que les personnes âgées seront un public ciblé tout naturellement dans un scénario « réduction des inégalités ». Enfin cette population sera prise en compte dans le cadre des schémas départementaux gérontologiques.

La concertation avec les acteurs

Les principales associations promotrices d'actions de santé, de représentants du secteur social, médico-social, hospitalier, des ordres professionnels de santé et de l'URML, des associations d'usagers (dont les membres de chaque conseil départemental d'hygiène), de patients ou de familles de patients étaient présentes. De 26 à 72 personnes ont assisté à ces réunions dans chaque département.

Les opinions des acteurs sur les scénarios ont été plus contrastés. Certains ont été surpris ou déconcertés d'être consultés, ce qui a pu se traduire soit par une absence de réaction, soit par des questions sur leur « légitimité à s'exprimer ». Assez ponctuellement, certains acteurs ont souhaité être plus impliqués dans les choix des politiques de santé. Les acteurs spécialisés dans des thématiques non affichées de façon prioritaire ont exprimé leurs craintes quant à leur devenir dans le futur paysage. Ces questions et les prises de position sur les scénarios reflètent plus l'activité habituelle de ces acteurs qu'une réflexion sur les politiques à mener sur le territoire concerné, sauf dans la Loire, où une réflexion collective s'est engagée, sur l'approche de la réduction des inégalités.

D'ailleurs, lors de la plupart des réunions, l'approche par la réduction des inégalités de santé a été privilégiée, complétée par des actions auprès des publics les plus jeunes puisque « la prévention, c'est pour le long terme ». Cette approche est celle adoptée par les acteurs de l'éducation pour la santé ; elle permettrait, selon de nombreux acteurs, une prise en compte des risques dès leur émergence. Certains intervenants ont rappelé

que l'approche par la réduction des inégalités en santé doit interpeller d'autres acteurs que ceux de la santé publique (monde du travail, équipement, logement...) et qu'elle doit être coordonnée avec la loi de cohésion sociale.

Le scénario « généraliste » (A) a été qualifié d'inopérant : « on veut tout faire... et on ne pourra rien faire ». Dans certains départements, les acteurs ont souligné qu'il ne fallait pas oublier les publics âgés et/ou handicapés, pour lesquels la question des inégalités en santé se pose.

Ces réunions départementales ont apporté un éclairage complémentaire et ont permis de progresser dans la démarche.

L'avis de la conférence régionale de santé (CRS)

Celle-ci s'est déroulée de fin novembre 2005 (réunion préparatoire à l'installation de la CRS de Rhône-Alpes) à mi-avril 2006. Installée officiellement le 12 janvier 2006, la CRS s'est organisée pour travailler par collège sur les documents proposés, le bureau jouant de rôle d'organe de synthèse entre les collèges. Une proposition d'avis a donc été rédigée par le bureau et soumise en commission extraordinaire le 23 mars. L'avis définitif a été proposé au vote de la conférence plénière le 13 avril 2006 et adopté à la quasi-unanimité.

La CRS a fait état des axes qu'elle souhaite voir développer dans la définition de la politique régionale de santé et des recommandations qu'elle fait pour sa mise en œuvre :

- Le développement du système d'observation en santé publique, en intégrant les besoins des usagers et une vision prospective, est essentiel
- La réduction des inégalités d'accès aux soins et à la prévention doit sous-tendre les actions entreprises
- Le développement de la prévention, en particulier chez les jeunes, est un enjeu important
- L'amélioration de la prise en charge et de la qualité de vie des personnes fragilisées est un des buts à atteindre
- La CRS exercera une vigilance permanente sur l'évaluation des actions, des programmes et du plan
- La mise en place du volet « des alertes et urgences sanitaires » doit être réalisée à brève échéance
- La CRS attache une importance particulière à la prise en compte de la santé environnementale, notamment aux effets sur la santé de la qualité de l'air

- La mise en œuvre du plan doit se faire dans un souci constant de recherche de l'adhésion aux objectifs poursuivis de tous les acteurs de la santé publique et de la population

Pour les priorités de santé, la CRS a proposé que soit retenu un scénario reprenant l'intégralité du scénario D et un certain nombre d'objectifs du scénario B.

La CRS adhère à la démarche de priorisation mais souligne la difficulté qu'il y a à se prononcer sur le PRSP en l'absence d'une grille d'analyse suffisamment fine mettant en perspective l'importance des problèmes de santé publique dans la population, les efforts déjà déployés pour s'y atteler (ressources financières, humaines, méthodologies) et l'impact de ces efforts ; la difficulté provient également du manque de visibilité sur les budgets disponibles pour atteindre les objectifs retenus.

L'avis de la CRS fait l'objet d'un document spécifique.

Le scénario retenu

Il revenait au COPIL de statuer au final sur le plan, en examinant les résultats des processus de concertation, en respectant son souhait d'un scénario plus resserré intégrant la prévention mais aussi la prise en charge, et mettant l'accent sur la réduction des inégalités et le public jeune.

Les actions concernant la prévention des effets de la violence sur la santé ont été intégrées dans les objectifs de prévention du mal être des jeunes (actions en institution et actions d'aide à la parentalité) et de prévention du suicide, ainsi que dans la prévention de la maltraitance vis à vis des personnes âgées.

Les objectifs de dépistage du cancer sont resserrés sur les dépistages organisés dont l'impact en santé publique est mesurable. Le dépistage d'autres facteurs de risques chez les plus de 50 ans a été supprimé en l'absence de référentiel actuel sur son intérêt, sachant que l'incitation à la prévention et au dépistage sont inscrits dans l'axe 1 dans le cadre de la réduction des inégalités.

Enfin l'accent est mis sur la prise en charge (au long cours) des patients présentant un problème avec l'alcool, compte tenu du nombre de personnes concernées, de la difficulté de ce type de prise en charge et de la continuité avec le programme régional de santé « alcool ». Les actions de réduction des risques (qui concernent les consommations de divers produits) sont quant à elles inscrites dans l'axe 2.

Le scénario du PRSP a été adopté définitivement lors d'une réunion du COPIL le 12 juin 2006.

Comportant 3 axes, 9 objectifs généraux et 25 objectifs spécifiques, il allie prévention et prise en charge, met l'accent fortement sur la réduction des inégalités de santé dans la région, comporte beaucoup d'objectifs auprès des publics jeunes, et, s'il souhaite agir sur les comportements des habitants de la région, met aussi en avant les actions sur les milieux de vie : contexte social, conditions de vie et de travail, facteurs de risques environnementaux...

Axe I - Orienter la politique de santé publique vers la réduction des inégalités en matière de santé

1. Favoriser l'accès aux soins et à la prévention des publics en difficulté

Faciliter l'accès à la prévention primaire et au dépistage

En développant les relais permettant de renforcer l'incitation au dépistage, en particulier au dépistage organisé, et l'accès à des bilans de santé (Centres d'examens de Santé...) En améliorant ou adaptant les approches d'éducation pour la santé

Faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins

En développant des dispositifs d'accompagnement adéquats

Développer les dispositifs d'interface

Et les initiatives concourant à un décloisonnement entre la ville et l'hôpital, entre le médical et le social et, tout particulièrement, dans le domaine de la psychiatrie

Favoriser le repérage des risques environnementaux

En lien avec des situations de précarité (saturnisme, monoxyde de carbone...)

Les publics particulièrement concernés par ces actions sont :

- Les jeunes, notamment en situation d'isolement familial, en difficulté d'insertion (en missions locales ou dans les quartiers), en errance
- Les travailleurs saisonniers (maisons de la saisonnalité)
- Les populations en situation précaire ou marginalisées (milieu pénitentiaire, migrants, primo-arrivants...)

2. Faciliter l'accès aux ressources de santé dans les territoires où l'offre est limitée

Faciliter l'accès des personnes aux ressources de prévention, de dépistage et de soins par l'adaptation de l'offre

Développement de relais, de services mobiles...

Faciliter l'accès des personnes aux ressources par l'accompagnement de la demande

Offre de transport, médiations...

Le public prioritaire auquel s'adresseront ces actions est principalement constitué de personnes en situation de vulnérabilité sociale, par exemple :

- Les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie
- La population âgée (75 ans et plus), vivant à domicile, souvent de façon isolée
- Les femmes enceintes ou en post-partum (peu suivies)...

Axe II - Réduire les facteurs de risque majeur de mortalité et de morbidité par la prévention primaire et développer le dépistage

1. Prévenir le cancer et les maladies cardio-vasculaires

Et les troubles imputables aux mêmes facteurs de risque, en particulier obésité mais également diabète, pathologies liées à l'alcool, affections broncho-pulmonaires chroniques.

Développer des actions de promotion de la santé ayant pour but de :

- Prévenir l'usage du tabac et inciter au sevrage
- Prévenir la consommation excessive d'alcool, la consommation de substances psychoactives et sensibiliser les professionnels de santé au repérage et à l'orientation de leurs patients
- Promouvoir l'équilibre nutritionnel et l'exercice physique en vue de réduire les risques cancérologiques et cardio-vasculaires afférents et de réduire la prévalence de l'obésité

Améliorer le dépistage* et le suivi préventif :

- Améliorer la couverture des dépistages organisés existants (sein, colon...)
- Former les acteurs médicaux au dépistage précoce de l'obésité dès l'enfance
- Sensibiliser au dépistage et au suivi des facteurs de risques cardio-vasculaires et respiratoires

2. Prévenir le suicide ou les décompensations psychosociales en lien avec la souffrance psychologique

Mettre en œuvre un programme de prévention primaire du mal-être des jeunes (institutions)

En développant la vigilance des institutions de la région en charge des enfants, adolescents et jeunes adultes, notamment par les échanges et la coopération

Mettre en œuvre un programme de prévention primaire du mal-être des jeunes (parentalité)

En soutenant les familles dans leur fonction parentale et leur rôle éducatif

* Dépistage : Il s'agit de la recherche de détection de maladies asymptomatiques, d'anomalies ou de facteurs de risque par simples tests, examens ou autres procédures, rapidement appliqués sur une grande échelle. Le test de dépistage détecte les personnes apparemment en bonne santé qui sont probablement atteintes par la maladie visée ou ont un facteur de risque. Le dépistage ne constitue pas un diagnostic. Les personnes avec un résultat positif ou douteux doivent bénéficier d'un examen de santé pour déterminer le diagnostic et le traitement.

Poursuivre la formation des professionnels au repérage des risques de suicide

Celle-ci concerne les professionnels du sanitaire, du social et du milieu pénitentiaire, en particulier auprès des jeunes, et est axée sur le repérage des situations à risques de suicide et l'orientation des personnes concernées en veillant au décroisement de ces secteurs

Développer les dispositifs de prévention de la souffrance psychique liée aux conditions de travail**3. Prévenir ou réduire les conduites à risque chez le jeune****Développer les actions de prévention des addictions**

Les produits concernés sont : le tabac, l'alcool, les toxiques illicites, les médicaments. Des actions de sensibilisation aux risques de leur consommation devront être menées : conduite de véhicules, lieu de travail...

Développer l'éducation à la sexualité et la sensibilisation aux risques

Les risques cités concernent aussi bien les infections sexuellement transmissibles (IST) que les grossesses non désirées...

4. Développer la prévention périnatale**Développer, auprès des femmes enceintes, les actions de sensibilisation aux risques des produits néfastes pour l'enfant à naître**

Il s'agit de la consommation de tabac, d'alcool, de toxiques et de médicaments

Promouvoir l'allaitement maternel**5. Développer une prévention spécifique en direction des personnes âgées****Développer à domicile**

des actions de sensibilisation et de prévention sur la chute, la vaccination, l'alimentation et l'hydratation, le dépistage de la dépression/suicide et des troubles de la mémoire, les troubles sensoriels, le bon usage du médicament, les risques iatrogènes, la maltraitance.

Développer en institution

des actions de sensibilisation et de prévention sur la chute, la vaccination, l'alimentation et l'hydratation, le dépistage de la dépression/suicide et des troubles de la mémoire, les troubles sensoriels, le bon usage du médicament, les risques iatrogènes, la maltraitance.

Axe III - Améliorer certaines prises en charge et la qualité de vie des personnes fragilisées

1. Améliorer la qualité de vie à domicile

Les actions concernent les personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap ou porteuses de maladie chronique ou en fin de vie

Développer des actions d'information et de sensibilisation au bon usage du médicament et au risque iatrogène

Développer l'éducation pour la santé du patient, notamment l'éducation thérapeutique chez les personnes porteuses de maladie chronique

Améliorer la prise en charge de la douleur par la formation des professionnels du sanitaire et du médico-social

Développer des dispositifs de soins palliatifs à domicile

Développer les actions d'information et de soutien (en particulier psychologique) aux personnes et aux aidants

2. Améliorer la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool

Former les médecins généralistes au repérage et à l'orientation des patients en difficulté avec l'alcool

Une priorité sera accordée aux interventions brèves en alcoologie

Améliorer l'accès des patients aux dispositifs spécialisés

Les actions devront se faire en lien avec la médecine de ville

GRANDS PRINCIPES

d'application du PRSP

Les six principes suivants seront mis en avant pour l'application du plan

Selon la loi de santé publique du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et le décret 2005-1234 du 26 septembre 2005 relatif au GRSP, le PRSP doit être mis en œuvre par un GRSP, groupement d'intérêt public régional. Dans l'attente de sa mise en place, les membres dont la participation est obligatoire eu égard à la loi de santé publique s'organisent pour agir de façon concertée afin de promouvoir, aider et financer des actions relevant du PRSP.

Le principe d'organisation convergente entre les institutions : il doit permettre l'acquisition d'une culture commune, au moyen d'une charte de fonctionnement, de formations et d'échanges de pratiques. Son objectif est de renforcer les priorités définies ensemble.

Le principe de capitalisation : les expériences entreprises dans la région d'où qu'elles viennent (institutions, acteurs, aux différents niveaux territoriaux) doivent être recensées, mises en commun pour le bénéfice de chacun et de la population rhônalpine (on peut citer les PRS, le PRAPS, le SREPS et sa charte).

Le principe d'articulation : les autres processus de planification sanitaire et sociale, les politiques sanitaires et sociales doivent être inscrits en cohérence avec le plan régional de santé publique.

Quelques exemples :

- Le SROS (compétence ARH). Il est prévu de suivre les contrats des établissements par des indicateurs de suivi du SROS.

À l'intérieur, une annexe dédiée à la mise en œuvre du PRSP est prévue pour inciter les établissements de santé à participer aux objectifs du PRSP. Elle sera analysée annuellement pendant la durée du SROS.

- Les schémas gérontologiques (compétence Conseil Général-DDASS)

- Les schémas des équipements pour enfants handicapés (compétence DDASS), pour adultes handicapés (compétence Conseil Général-DDASS), pour la protection de l'enfance (compétence Conseil Général - Protection judiciaire de la jeunesse), mais aussi des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (compétence DDASS)

- Les articulations concerneront également les plans de santé concernant des publics particuliers : personnes détenues ou sous main de justice, jeunes dépendant de la protection judiciaire de la jeunesse, plans de santé au sein de l'éducation nationale, plans départementaux de la MILDT dans leur volet « promotion de la santé »...

Le principe de complémentarité consiste à rassembler les acteurs de santé publique, avec une répartition des actions évitant les mises en concurrence défavorables au service rendu à la population de la région.

Le principe de territorialisation des actions. Si l'ensemble des actions doit s'intégrer dans un seul PRSP, les mises en œuvre doivent se faire à des niveaux de proximité et avec les acteurs locaux. L'application du plan consistera donc à :

- Afficher les territoires prioritaires
- Laisser dans ces territoires la capacité d'initiative aux acteurs locaux ou la susciter
- Identifier un animateur (ou un groupe d'animateurs) de la mise en œuvre du PRSP dans le territoire

Enfin, le sixième **principe dit de valorisation** des actions du PRSP consistera à informer la population sur celui-ci, voire à créer un « label PRSP ».

ARRÊTÉ N°06-315

objet : Arrêté relatif au plan régional de santé publique de la région Rhône-Alpes

Le Préfet de la Région Rhône-Alpes,
Préfet du Rhône,
Officier de la Légion d'Honneur

- Vu le code de la santé publique
- Vu la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
- Vu le décret n°2004-374 du 29 avril 2004 modifié relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et départements
- Vu le décret n°2005-1539 du 8 décembre 2005 relatif aux conférences régionales ou territoriales de santé
- Vu la circulaire DGS/SD1/2004/454 du 24 septembre 2004 relative à la mise en place de la démarche d'élaboration du plan régional de santé publique
- Vu l'avis de la Conférence régionale de santé réunie en séance plénière le 13 avril 2006

Sur proposition du Secrétaire Général pour les Affaires Régionales et du Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales.

Arrête

Article I

Le plan régional de santé publique annexé au présent arrêté est institué dans la région Rhône-Alpes pour la période 2006-2010.

Article II

Le plan régional de santé publique rassemble :

- un volet transversal consacré à l'observation, l'évaluation et la communication
- le volet des priorités de santé
- le plan régional santé environnement (PRSE)
- le plan d'action relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire

Article III

Le plan régional vise l'amélioration de la connaissance de l'état de santé dans la région et de ses déterminants, la réduction des inégalités en matière de santé tout en recherchant l'implication des usagers. Il inclut l'information et la communication autour des actions réalisées, ainsi que l'évaluation de l'effectivité et du niveau d'atteinte des objectifs qu'il a définis.

En intégrant le PRSE, le plan régional vise également à garantir un air et une eau potable de bonne qualité, à prévenir les pathologies d'origine environnementale, à informer le public et à protéger particulièrement les personnes sensibles.

Le volet du plan régional relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire décrit l'organisation à renforcer pour assurer la surveillance des risques, le traitement et l'analyse des alertes, et la gestion de celles-ci afin de réduire l'impact des risques pour la population.

Les composantes du plan régional incluent les axes suivants

Priorités de santé :

- Orienter la politique de santé publique vers la réduction des inégalités en matière de santé
- Réduire les facteurs de risque majeur de mortalité et de morbidité par la prévention primaire et développer le dépistage
- Améliorer certaines prises en charge et la qualité de vie des personnes fragilisées

Plan régional santé environnement :

- Prévenir les décès liés à des infections et/ou des intoxications aiguës
- Améliorer la qualité des milieux (air et eau)
- Protéger la population à l'intérieur des locaux
- Maîtriser les risques liés aux produits chimiques
- Renforcer la protection envers les enfants et les femmes enceintes
- Consolider l'information et développer la formation sur les risques environnementaux
- Améliorer le système de veille, de surveillance et d'alertes

Plan d'action relatif à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire :

- Renforcer l'organisation des structures
- Développer les systèmes de surveillance
- Développer les partenariats

Article IV

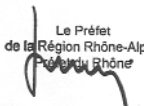
La mise en œuvre de ce plan régional de santé publique fera l'objet d'un suivi annuel et d'une évaluation, dont les modalités sont décrites dans le volet transversal « observation, évaluation, communication ».

Article V

Le Secrétaire Général pour les Affaires Régionales de Rhône-Alpes et le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales de Rhône-Alpes sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de : l'Ain, l'Ardèche, la Drôme, la Loire, l'Isère, du Rhône, la Savoie, la Haute-Savoie.

Fait à LYON, le 1^{er} septembre 2006

Le Préfet de la Région Rhône-Alpes,
Préfet du Rhône, Jean Pierre Lacroix

Le Préfet
de la Région Rhône-Alpes
Préfet du Rhône

Jean-Pierre LACROIX

RÉFÉRENCES

Éléments à consulter

et / ou télécharger sur des sites Internet

Référence 1

Le panorama de la santé en Rhône-Alpes :

<http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/infostat/acrobat/prsinternet.pdf>

Référence 2 : Document de synthèse du CAREPS

La synthèse des réunions départementales et
élaboration des 4 scénarios :

http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/sante/prsp/acrobat/4_scenarios.pdf

Référence 3 : le Schéma Régional d'éducation pour la santé (SREPS)

<http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/sante/sreps/orientations.pdf>

Référence 4 : le SROS, schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération (arrêté 2006-RA-51 du 20 février 2006)

[http://www.partage.sante.fr/re7/rha/site.nsf/\(WebPub\)/SROS_3](http://www.partage.sante.fr/re7/rha/site.nsf/(WebPub)/SROS_3)

ABRÉVIATIONS

ARH Agence régionale d'hospitalisation
CAREPS Centre alpin de recherche épidémiologique et de prévention sanitaire
CG Conseil général
CIRE Cellule inter-régionale d'épidémiologie
COFIL Comité de pilotage
CMR Caisse maladie régionale des professions indépendantes
CPAM Caisse primaire d'assurance maladie
CRAM Caisse régionale d'assurance maladie
CRS Conférence régionale de santé
DDASS Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DRASS Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRTEFP Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
GIP Groupement d'intérêt public
GRSP Groupement régional de santé publique
InVS Institut de veille sanitaire
MILDT Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
MSA Mutualité sociale agricole
PRAPS Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS Programme régional de santé
PRSE Plan régional santé environnement
PRSP Plan régional de santé publique
SGAR Secrétariat général pour les affaires générales
SREPS Schéma régional d'éducation pour la santé
SROS Schéma régional d'organisation sanitaire
URCAM Union régionale des caisses d'assurance maladie
URML Union régionale des médecins libéraux

Directeur de la publication

Jean-Pierre Lacroix, Préfet de la région
Rhône-Alpes, Préfet du Rhône

Conception graphique

Anne Fraysse, www.annefraysse.com

Imprimerie

Delta

Crédits photos

Dreamstime

Dépôt légal à la parution

Septembre 2006

priorités de santé publique

Le plan régional de santé publique vise :

- L'amélioration de la connaissance de l'état de santé dans la région et de ses déterminants
- La réduction des inégalités en matière de santé tout en recherchant l'implication des usagers

Il inclut l'information et la communication autour des actions réalisées, ainsi que l'évaluation de l'effectivité et du niveau d'atteinte des objectifs qu'il a définis.

Les 3 axes des priorités de santé :

- Orienter la politique de santé publique vers la réduction des inégalités en matière de santé
- Réduire les facteurs de risque majeur de mortalité et de morbidité par la prévention primaire et développer le dépistage
- Améliorer certaines prises en charge et la qualité de vie des personnes fragilisées

www.rhone-alpes.sante.gouv.fr

DRASS 107, rue Servient 69418 Lyon Cedex 03 - tél. : 04 72 34 74 12 - fax : 04 78 95 18 77

e-mail : dr88-prsp@sante.gouv.fr