



Livre des plans de santé publique

Prévention et sécurité sanitaire



3^e Edition: Mai 2011

SOMMAIRE ●●●

PRÉFACE	4
INTRODUCTION MÉTHODOLOGIQUE	6
SANTÉ GÉNÉRALE DES POPULATIONS	9
Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies	10
La prise en charge et la prévention des addictions.....	12
Plan santé des jeunes 16-25 ans	14
Deuxième programme national nutrition santé.....	16
Plan national de prévention bucco-dentaire	18
Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice.....	20
Plan autisme	22
MALADIES CHRONIQUES	25
Plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux » 2010-2014	26
Plan Cancer	30
Plan national maladies rares 2.....	32
Plan Alzheimer et maladies apparentées	34
Programme de développement des soins palliatifs	36
Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques	38
Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur	40
Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive.....	42
RISQUES INFECTIEUX	45
Programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.....	46
Plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins	48
Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013... ..	48
Plan national de lutte contre les hépatites B et C	52
Programme de lutte contre la tuberculose en France	54
Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France	56
Plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques.....	58
Plan national anti-dissémination chikungunya – dengue en métropole.....	60



SANTÉ ENVIRONNEMENTALE	65
Plan national santé environnement PNSE2.....	66
Plan de santé au travail 2010/2014.....	70
Plan de prévention des accidents de la vie courante.....	74
Plan d'action chlordécone en Martinique et en Guadeloupe	76
PRÉPARATION ET GESTION DES ALERTES SANITAIRES	79
Règlement sanitaire international.....	80
Plan national de prévention et de lutte « pandémie grippale »	82
Plan blanc et Plan Blanc élargi.....	84
Plan national canicule	86
Plan grand froid – plan hiver.....	88

PRÉFACE ●●●

L'OBJECTIF du Livre des plans est d'offrir un panorama de l'ensemble des plans nationaux de santé. Il a été conçu comme un outil d'information à partager largement, à l'usage des acteurs de la politique de santé et en particulier des partenaires de l'État – collectivités territoriales, assurance maladie, agences de santé, associations de professionnels ou d'usagers... – pour qui il est souvent difficile de connaître l'ensemble de la programmation nationale.

Parmi l'ensemble des acteurs de la santé, il convient de distinguer les agences régionales de santé (ARS), opérationnelles depuis le 1er avril 2010. Celles-ci doivent, tout au long de l'année 2011, mener à bien un processus de construction de leurs projets régionaux de santé (PRS) qui engloberont tous les aspects de la santé (prévention, dépistage, veille sanitaire, soins aigus et post-aigus, accompagnement médico-social). Dans cette perspective, le livre des plans se veut être un outil d'appui en fournissant aux ARS un inventaire de la programmation nationale

Cette troisième édition incorpore des nouveaux plans annoncés au cours de l'année 2010 (Prise en charge des personnes placées sous main de justice, Plan de santé au travail, plan de lutte contre les accidents vasculaires cérébraux...) et en supprime certains lorsqu'ils sont arrivés à échéance (voir encadré).

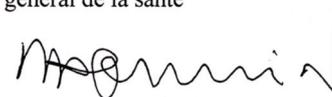
Il est toutefois nécessaire de préciser que le présent recueil n'englobe pas l'ensemble des plans qui ont trait à la santé des individus : d'autres départements ministériels mènent, y compris sous cette forme spécifique d'action qu'est la programmation, des politiques qui visent à améliorer notre santé. De multiples exemples peuvent être cités, tels que les plans environnementaux conduits au sein du ministère de l'Ecologie, le plan d'offre alimentaire élaboré par le ministère de l'Agriculture, ou certains plans populationnels tels que le plan de santé des élèves conduit par l'Education nationale ou le plan en faveur des personnes sourdes et malentendantes piloté par le ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale. Enfin, il existe un certain nombre de plans de sécurité publique face aux menaces de nature nucléaire, radiologique, bactériologique et chimique (NRBC) qui comportent des dispositions sanitaires.

Ainsi, les plans présentés dans ce recueil n'existent pas isolément et ne recouvrent pas toute l'action publique. Les plans et programmes existants, aussi bien au niveau national que régional, doivent tenir compte de ce dispositif d'ensemble.

En ce qui concerne le livre des plans, l'activité de programmation est si constante qu'une actualisation année par année ne permet pas un suivi assez étroit. L'objectif de cet ouvrage, uniquement distribué par voie électronique, sera désormais d'être constamment réactualisé – au fur et à mesure que des plans de santé publique apparaissent et disparaissent – afin d'être au plus près des évolutions en matière de planification.

N'hésitez pas à nous faire part de vos commentaires, demandes et propositions à l'adresse suivante : livredesplans@sante.gouv.fr ■

Le Directeur général de la santé



Pr Didier HOUSSIN

INTRODUCTION MÉTHODOLOGIQUE

La présentation des plans de santé publique suit un modèle commun. Les rubriques suivantes ont été complétées par chaque responsable de programme. Si la rubrique n'apparaît pas, l'information correspondante n'était pas disponible. L'ensemble des fiches a été actualisé au 1^{er} novembre 2009 et ne figurent dans ce recueil que les plans « actifs », c'est-à-dire mis en œuvre à cette date. Il arrive dans un certain nombre de cas que la mise en œuvre d'un plan se poursuive, bien que la date de validité initialement annoncée soit parvenue à échéance.

Le recueil des plans de santé publique sera régulièrement alimenté par les futurs plans lorsqu'ils seront annoncés. C'est en particulier le cas pour des plans arrivés à échéance qui feront l'objet en 2010 d'une nouvelle programmation tenant compte des conclusions des évaluations dont ils font l'objet.

Présentation du plan

- Un cartouche présente le nom du plan, ses dates de mise en œuvre et la direction qui pilote le plan.
- S'il y a lieu, les plans antérieurs au plan actif sont cités sous le cartouche.

Pourquoi un plan ?

Cette rubrique rappelle la définition de la maladie ou du problème de santé publique qui est au cœur du plan. Elle donne les principaux déterminants de santé et les caractéristiques épidémiologiques à connaître pour comprendre l'origine et la raison d'être du plan. Un plan de santé publique est basé sur le constat d'un problème sanitaire que le plan tente de résoudre. À la fin de cette rubrique, apparaît l'objectif, ou les objectifs, correspondant au plan dans la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 qui avait défini 100 objectifs de santé publique chiffrés.

Objectifs du plan

Les objectifs du plan correspondent la plupart du temps aux axes stratégiques définis par les personnes ayant élaboré le plan.

Principales mesures

Le but de ce recueil n'est ni de présenter de façon exhaustive les plans de santé publique tels qu'ils ont été connus ni de faire un bilan des actions mises en œuvre. Dans cette rubrique, apparaissent les actions emblématiques du plan, que les référents ont jugé bon de mettre en exergue.

Principaux partenaires

Il s'agit des institutions qui collaborent à la mise en œuvre du plan : les agences de santé (souvent l'INPES, InVS, HAS), mais aussi des représentants des établissements de santé, des fédérations professionnelles, des sociétés savantes, des associations d'usagers.

Financements

Coût estimé du plan : le coût estimé du plan est celui qui a été annoncé au départ, à partir des estimations de coût, il ne s'agit pas des crédits ouverts chaque année qui sont retracés en loi de finance.

Financeurs : le plus souvent, l'assurance maladie et l'État (directement ou au travers de ses agences) financent le plan.

Modalités de suivi

Instances : souvent il existe un comité national de suivi du plan, regroupant les directions d'administration centrale, les représentants des professionnels et des usagers.

Outils de suivi : il peut s'agir de tout système d'information, tableau de bord de suivi ou bilan de mise en œuvre du plan. Deux instances de concertation et de coordination ont également été instituées par la loi relative à la politique de santé publique : la Conférence nationale de santé (CNS) qui rassemble tous les acteurs de santé, représentants des professionnels de santé, associations d'usagers, sociétés savantes et représentants des conférences régionales de santé, le Comité national de santé publique (CNSP) qui rassemble les directeurs d'administration centrale, les opérateurs de l'État et l'UNCAM. Ces deux instances assurent le suivi de l'ensemble des plans. Elles ne sont pas mentionnées dans chaque fiche.

Évaluation

Cette rubrique décrit, s'il y a lieu, le type d'évaluation prévue et les organismes désignés pour la mener à bien.

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004 (LPSP) confie au Haut Conseil de la santé publique (HCSP) la mission d'évaluer l'atteinte des objectifs quantifiés figurant dans le rapport annexé à la loi. À ce titre, le HCSP est amené à évaluer la contribution des plans de santé publique à l'atteinte de ces objectifs.

Textes

Il s'agit des principaux textes juridiques (décrets, arrêtés, circulaires) liés à la mise en œuvre du plan.

Voir aussi

Les plans de santé ont fréquemment des thématiques communes avec d'autres plans. Cette rubrique renvoie donc aux autres plans de santé dont des mesures sont reprises.



SANTÉ GÉNÉRALE DES POPULATIONS ●●●

Pourquoi un plan ?

Succédant au plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008, le nouveau plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies a été adopté le 8 juillet 2008 par le premier ministre. Il s'est fixé l'horizon 2011 pour baisser le nombre d'usagers de produits illicites et de personnes ayant une consommation excessive d'alcool en France.

Bien que le volet sanitaire soit une composante importante de la lutte contre les drogues illicites et les abus d'alcool, les problématiques liées à ces usages sont plus larges et nécessitent une approche transversale qui prenne également en compte les questions du maintien de l'ordre public et de la cohésion sociale ainsi que du respect de la légalité. Ainsi, le nouveau Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies associe une dizaine de ministères autour de l'objectif de réduire l'offre, notamment en luttant contre les trafics, et celui de réduire la demande en prévenant les entrées en consommation et de prendre en charge les personnes dépendantes.

En effet, la France se trouve aujourd'hui confrontée à de nouveaux défis : le maintien à un niveau élevé de la consommation de cannabis, le développement rapide de la consommation de cocaïne mais aussi d'ecstasy, les conséquences sanitaires et d'ordre public de la montée en puissance chez les jeunes de comportements d'alcoolisation aiguë, ou l'enracinement d'une économie souterraine liée au trafic de substances illicites et de tabac. Ces phénomènes préoccupants ont conduit nécessairement à redéfinir les priorités d'action pour les années à venir dans le cadre de ce nouveau plan gouvernemental.

Ainsi, ce dernier fixe le cadre pour la réalisation d'une politique recentrée en priorité sur les phénomènes ayant un double impact pour la santé publique et pour l'ordre public, en agissant simultanément sur la prévention, les soins, l'application de la loi et la lutte contre les trafics. Il a été élaboré avec le concours des ministères et partenaires concernés afin de répondre à la volonté du président de la République de ne pas seulement endiguer la hausse des consommations mais bien de les faire reculer.

Objectifs du plan

Les 193 mesures du plan se répartissent en cinq grands axes

- **Prévention, communication, information** : prévenir les entrées en consommation, les usages des produits illicites et les abus d'alcool.
- **Application de la loi** : conduire une action résolue pour diminuer l'offre de drogues illicites de manière significative, notamment par la mutualisation et le partage des moyens de lutte.
- **Soins, insertion sociale, réduction des risques** : intensifier et diversifier la prise en charge sanitaire et sociale

des usagers de drogues, en ciblant les populations exposées et vulnérables.

- **Formation, observation, recherche** : améliorer l'action publique et favoriser l'adoption par les différents acteurs de constats partagés en leur apportant des éléments de mesure, de compréhension et d'intervention.
- **International** : renforcer la coopération multilatérale, européenne bilatérale et méditerranéenne.

Principales mesures

En matière de prévention

- Clarifier le discours public par des **campagnes de communication** afin de rendre les règles applicables plus compréhensibles et ne plus banaliser l'usage de stupéfiants et l'abus d'alcool.
- Des **états généraux de la parentalité** seront organisés et des dispositifs de soutien aux parents seront mis en œuvre afin de renforcer la confiance des adultes dans leur capacité et leur légitimité à intervenir auprès des jeunes.
- Enfin, des actions de **repérage et de prise en charge sur le milieu du travail** seront menées. Ces actions permettront également de sensibiliser les adultes.

En matière de lutte contre les trafics

- Élaboration de **plans départementaux de lutte contre les trafics de rue**, notamment aux abords des établissements scolaires.
- Renforcement de la coopération internationale : **création d'une plate-forme de coopération policière**, douanière et de formation en Afrique de l'Ouest.

En matière de soins et de prévention des risques

Poursuivre l'action conduite dans le cadre du Plan de prise en charge et de prévention des addictions 2007-2011 et le compléter :

- en formant l'ensemble des professionnels de santé, y compris non médicaux, au **repérage précoce des addictions**, renforçant les capacités d'hébergement des personnes concernées,
- en augmentant les capacités d'accueil des consultations jeunes consommateurs, notamment en milieu rural,
- et en créant au sein de structures sociales et médicosociales existantes des programmes d'accueil et des places spécifiques pour les sortants de prison, les femmes avec enfants, les personnes en situation précaire et les personnes consommant de la cocaïne.

Principaux partenaires

Ministères en charge de la Santé, de la Jeunesse, des Sports, de l'Agriculture, de la Ville, de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, du Travail,



de l'Intérieur, de la Justice, de la Défense, des Affaires étrangères et européennes, du Budget, INPES, InVS, Affsaps, OFDT.

Financements

Le budget prévu au titre du plan s'élève à 87,5 millions d'euros pour 2008-2011 dont :

- 3,5 millions d'euros à la charge de la MILDT pour 2009-2011,
- 36,4 millions d'euros à la charge des différents ministères pour 2008-2011,
- 8,7 millions d'euros au titre de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008-2011.

Modalités de suivi

Les objectifs opérationnels du plan sont assortis d'indicateurs de mise en œuvre et d'efficacité.

L'effectivité de la mise en œuvre des 193 mesures est suivi par un tableau de bord informé en continu par la MILDT. L'Observatoire Français des drogues et des toxicomanies (OFDT) est chargé du recueil d'informations nécessaires à la mesure de l'atteinte des principaux objectifs.

Voir aussi

La prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011

Plan santé des jeunes 16-25 ans 2008-2010

Plan périnatalité: humanité, proximité, sécurité, qualité 2005-2007

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

Plan national de lutte contre le cancer 2009-2013

Lien Internet vers le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies

http://www.drogues.gouv.fr/fileadmin/user_upload/site-pro/03_plan_gouv/01_plan_gouv_2008-2011/pdf/Plan_gouvernemental_2008-2011-fre.pdf

Pourquoi un plan ?

Les addictions restent en France un problème de santé publique majeur, dont les impacts sanitaires, médicaux et sociaux sont multiples. On estime que 28,9% des jeunes de 17 ans fument quotidiennement, que 35% d'entre eux ont déjà consommé de l'alcool et du cannabis simultanément et, toujours à 17 ans, qu'un adolescent sur 5 consomme du cannabis plus de 10 fois dans l'année. Toutes les addictions sont à prendre en compte : tabac, alcool, drogues illicites, médicaments, mais aussi les addictions dites sans substance (jeu...). Elles peuvent mettre en difficulté toute personne qui les consomme, mais aussi son entourage. Il n'y a pas de réponses simples face aux addictions. Un travail considérable a déjà été et est toujours réalisé par les professionnels de santé et les associations pour apporter à chaque type de population et en chaque lieu une réponse adaptée. Pourtant, aujourd'hui on constate encore d'immenses besoins. C'est donc à l'État de poser les bases d'un système qui permette à chaque personne concernée par une addiction et qui en ressent le besoin, de savoir où, quand et comment elle peut trouver un accompagnement adapté. Les points d'entrée doivent être visibles de tous, accessibles de façon simple, sans stigmatisation, et capable d'offrir, dans la proximité, la meilleure prise en charge.

Objectifs de la LPSP

n° 1 : «diminuer la consommation annuelle moyenne d'alcool par habitant de 20%»,

n° 2 : « réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif de l'alcool et prévenir l'installation de la dépendance »

n° 3 : « abaisser la prévalence du tabagisme de 33 à 25% chez les hommes et de 26 à 20% chez les femmes d'ici à 2008».

Objectifs du plan

Le plan se décline en 6 priorités, qui comprennent 14 objectifs de la manière suivante :

Priorité 1: mieux prendre en charge les addictions dans les établissements de santé

Objectif 1: améliorer l'organisation de la prise en charge des addictions dans les établissements de santé.

Objectif 2: valoriser la prise en charge sanitaire des addictions.

Priorité 2: Mieux prendre en charge les addictions dans les centres médico-sociaux

Objectif 3: créer des structures pouvant offrir des soins et un accompagnement à tous les patients souffrant d'addic-

tion, quelle que soit cette addiction.

Objectif 4: poursuivre la politique de réduction des risques.

Priorité 3: Articuler davantage l'offre de soins en ville avec les secteurs sanitaire et médico-social

Objectif 5: mieux impliquer la médecine de ville dans la prise en charge des addictions.

Objectif 6 : coordonner le parcours de soins du patient consommateur.

Objectif 7: développer une meilleure articulation justice-santé.

Priorité 4: développer la prévention

Objectif 8 : favoriser le repérage précoce et les interventions brèves destinées à modifier les comportements.

Objectif 9 : renforcer l'éducation à la santé en matière d'addictions.

Objectif 10: renforcer le rôle des associations.

Priorité 5: renforcer la formation des professionnels en addictologie

Objectif 11: mettre en place une filière pérenne d'enseignement en addictologie.

Objectif 12: intégrer l'addictologie à la formation continue.

Priorité 6: coordonner davantage la recherche en addictologie

Objectif 13: renforcer la recherche clinique.

Objectif 14: mieux coordonner la recherche fondamentale.

Principales mesures

Réorganisation du dispositif hospitalier de prise en charge en addictologie en trois niveaux

- Niveau de proximité : consultations spécialisées et équipes de liaison dans tous les hôpitaux dotés de services d'urgence.
- Niveau de recours : identifier au moins un service d'addictologie de recours pour 500000 habitants.
- Niveau de recours 2 et niveau régional de référence, de formation et de recherche : pôle d'addictologie dans chaque CHU.

Créer des tarifs différenciés entre le séjour pour sevrage simple et le séjour pour sevrage complexe

Le sevrage complexe est réalisé dans des unités dédiées. Il dure au moins deux semaines et fait appel à une organi-



sation plus complexe des soins comprenant des ateliers thérapeutiques.

Créer des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Ces nouvelles structures regroupent les centres de cure ambulatoire en alcoologie et les centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

Renforcer le dispositif médico-social

En augmentant les capacités d'accueil dans les communautés thérapeutiques, CSAPA, appartements de coordination thérapeutique (ACT), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD).

Amélioration de l'accessibilité aux traitements de substitution aux opiacés

Forme sèche de la méthadone et étude sur une possibilité de primo-prescription des traitements de substitution par les médecins généralistes (étude métha-ville).

Création d'une commission Addictions

Une instance d'expertise et de propositions qui réunit des représentants des associations de patients et des professionnels de santé. Elle est informée de la mise en œuvre des mesures du plan et peut être sollicitée pour donner son avis sur la mise en œuvre de certaines mesures.

Créer et organiser les réseaux de santé à thématique addictologique

Mise en réseaux des médecins de ville, des établissements médico-sociaux et des établissements de santé.

Établir les schémas régionaux d'addictologie, Intensifier le RPIB

Mobiliser les médecins généralistes autour du RPIB (repérage précoce/intervention brève) qui vise à réduire la consommation excessive d'alcool.

Développer les actions de prévention pendant la grossesse

Mise en place d'un pictogramme, carnet de maternité, guide pratique, et information-sensibilisation des femmes enceintes par les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie.

Principaux partenaires

Assurance maladie, MILDT, INPES.

Financements

Coût annoncé : 77 M€ par an.

Financier principal : assurance maladie.

Textes

Décret du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

Décret 23 janvier 2008 relatif au fonctionnement et au financement des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie.

Arrêté du 26 octobre 2006 relatif à la création et à la composition de la commission addictions.

Voir aussi

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011

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

Programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014

Plan national de lutte contre le cancer 2009-2013

Plan d'actions stratégiques 2010-2014 : politique de santé pour les personnes placées sous main de justice

Lien d'accès Internet au plan

http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/plan_addictions_2007_2011/plan_addictions_2007_2011.pdf

Lien d'accès Internet à la synthèse du plan

http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/plan_addictions_2007_2011/synthese_plan_addictions_2007_2011.pdf

Pourquoi un plan ?

Bien que les données concernant la tranche d'âge des moins de 25 ans indiquent, fort heureusement, que la majorité de ces jeunes sont en bonne santé, certains sont concernés par des affections et des troubles susceptibles d'altérer plus ou moins gravement leur santé à court, moyen ou long terme. Plusieurs études révèlent en effet une situation préoccupante en termes de souffrance psychique, de conduites à risque, dans le domaine de l'alimentation et de la sexualité, de consommations de substances psychoactives.

La comparaison avec les autres pays européens montre que c'est en France que la mortalité prématurée et évitable due aux accidents et suicides additionnés est la plus élevée. D'autres indicateurs concernant les violences subies ou agies, les consommations de substances licites ou illicites confirment cette position défavorable. Pour les jeunes en situation précaire, marginalisés ou en voie d'insertion, des difficultés d'accès à la prévention et aux soins viennent aggraver la situation.

Les réponses à ces constats reposent sur une prise de conscience des différents acteurs du monde de la santé, de l'insertion professionnelle, de l'insertion sociale et familiale, et sur une stratégie de mise en réseau de tous les interlocuteurs pour des actions adaptées, coordonnées, visant à la fois l'insertion et le bien-être du jeune.

Objectifs du plan

Le plan est structuré autour de quatre axes :

- Lutter contre les comportements à risque.
- Répondre aux besoins des jeunes les plus vulnérables.
- Développer les activités physiques et sportives.
- Permettre aux jeunes de devenir acteurs de leur santé.

Principales mesures

Axe 1 : Lutter contre les comportements à risque

- *Lutte contre les pratiques addictives*
- *Prévention des déséquilibres alimentaires / Lutte contre l'anorexie*

Axe 2 : Répondre aux besoins des jeunes les plus vulnérables

- *Développement des maisons des adolescents*
- *Amélioration de l'accessibilité du Fil Santé Jeunes*
- *Programme expérimental de prévention et d'éducation à la santé en milieu scolaire*
- *Lutte contre les souffrances psychiques des jeunes*
- *Lutte contre les souffrances psychiques liées à l'homophobie*
- *Repérage et prise en charge de la crise suicidaire*

- *Développement d'une campagne « contraception » ciblant les jeunes*

Axe 3 : Développer les activités physiques et sportives

- *Passage de 3 à 4 heures hebdomadaires d'activités sportives à l'école*
- *Développement du sport à l'université*

Axe 4 : Permettre aux jeunes de devenir acteurs de leur santé

- *Versement fractionné des cotisations maladie pour les prochaines inscriptions universitaires*
- *Mise en place d'une consultation annuelle sans avance de frais pour tous les jeunes de 16 à 25 ans*
- *Organisation d'une conférence biennale sur la santé des jeunes*

Financements

Coût estimé : environ 30 millions d'euros.

Principaux partenaires

Ministères chargés de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur, de l'Agriculture, des Sports

Modalités de suivi

Tableau de bord de suivi du plan, coordonné par la DGS.

Bilan des mesures du plan

Axe 1 : Lutter contre les comportements à risque lutte contre les pratiques addictives :

- mise en cohérence de la législation sur la vente de boissons alcoolisées aux mineurs : loi n°2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – interdiction de la vente de boissons alcooliques aux mineurs- art 93 et 94
- mise en place de consultations « jeunes consommateurs » dans le cadre des CSAPA
- réalisation d'une campagne média sur les dangers de l'alcool (TV, cinéma, radio, internet) diffusée en juillet/août 2008
- diffusion d'une brochure d'information sur les risques de l'alcool dans les réseaux jeunesse en août 2008 suivie d'une diffusion de 50 000 exemplaires dans les collèges et lycées en novembre 2008
- expérimentation d'un test de repérage à l'usage à risque de cannabis en lien avec l'Éducation nationale (ROC-ADO) : généralisation sur les 4 départements de l'académie de Versailles



habitudes nutritionnelles plus équilibrées / lutte contre l'anorexie :

- signature d'une charte avec les professionnels du secteur de l'image le 9 avril 2008

Axe 2 : Répondre aux besoins des jeunes les plus vulnérables

expérimentation d'un programme de prévention santé en milieu scolaire tenant compte des inégalités territoriales en matière de santé : mesure s'appuyant sur le partenariat entre les ministères chargés de la santé et de l'Education nationale et le contrat-cadre entre la DGESCO et l'INPES.

amélioration de l'accessibilité du numéro vert « fil santé jeunes » : simplification à 4 chiffres, le nouveau numéro, 3224, a été ouvert le 22 septembre 2008 et expérimentation de la gratuité à partir de téléphones portables.

repérage et prévention de la crise suicidaire

- plusieurs sessions de formation sur le repérage de la crise suicidaire ont été mises en œuvre pour les professionnels intervenant auprès des jeunes : plus de 10 000 d'entre eux (santé, éducation nationale, agriculture, justice, gendarmerie, police...) en ont bénéficié.
- formation de formateurs pour les médecins sur le repérage précoce de la souffrance psychique en 2008, poursuite et développement en régions après évaluation en 2009, réimpression du guide « Souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent » à l'usage des médecins et envoi aux services déconcentrés.

lutte contre l'homophobie, cause de mal-être de jeunes homosexuels

: campagne menée sous l'égide du cinéaste André Téchiné - concours de synopsis lancé le 14 octobre 2008, sélection des scénarios en mars 2009 : 5 lauréats, diffusion des 5 films sur Canal + le 26 juin 2009.

campagne contraception répondant notamment aux besoins des jeunes non scolarisés dans les quartiers populaires : campagne INPES TV et radio. Partenariat radio et web avec Skyrock. Série de 35 programmes courts sur la sexualité en partenariat avec M6 et W9. Site internet de référence sur la sexualité : onsexprime.com

accès à la contraception : loi n°2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - prescription de la contraception par les sages-femmes - art 86, délivrance de la contraception dans les SUMPPS – art 87.

développement des maisons des adolescents dans tous les départements : entre 2006 et 2010, 95 projets de maisons des adolescents, situés dans 87 départements, ont bénéficié d'un soutien financier.

Axe 3 : Développer les activités physiques et sportives augmentation du nombre d'heures d'activités sportives à l'école. Les crédits du Centre National pour le Développement du Sport (CNDS) ont été augmentés en 2008 à cet effet. Par ailleurs, une circulaire du ministère de l'éducation nationale (BO n°31 du 2 septembre 2010) vise à définir les grands axes d'une politique de développement du sport scolaire, ainsi qu'à rappeler le rôle majeur de l'association sportive scolaire dans la vie de l'école ou de l'établissement.

développement du sport à l'université, sur la base des recommandations issues de la mission confiée à Stéphane Diagana : rendre le sport obligatoire pour les étudiants de licence, instaurer un « droit sport » obligatoire fixé par l'Etat (comme le droit aux services de médecine), mobiliser toutes les installations sportives sur un territoire, créer un département sport avec un guichet unique dans chaque université, accueillir les sportifs de haut-niveau à l'université. Peu d'entre elles ont été mises en œuvre.

Axe 4 : Permettre aux jeunes de devenir acteurs de leur santé

fractionnement des cotisations maladie des étudiants : décret en Conseil d'Etat n°2008-732 du 24/07/08 modifiant l'article R381-15 du code de la sécurité sociale.

possibilité pour les SUMPPS/SIUMPPS de devenir des centres de santé délivrant des soins curatifs au sein même des universités : décret n°2008-1026 du 7/10/08 relatif à l'organisation et aux missions des SUMPPS.

consultation annuelle pour les 16/25 ans : n'est, à ce jour, pas mise en œuvre.

organisation d'une conférence biennale sur la santé des jeunes : la première Conférence s'est tenue le 29/10/09, sous le patronage de la ministre de la santé et des sports et du Haut commissaire aux solidarités actives, Haut commissaire à la jeunesse.

Voir aussi

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011

La prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011

Programme national nutrition santé 2006-2010

Lien d'accès Internet au plan

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Presentation_du_Plan_version_final.pdf

Pourquoi un plan ?

Les effets des incitations permanentes à la consommation, principalement de produits gras, sucrés et salés, mais aussi les effets de la sédentarité, de l'inactivité physique et d'une consommation alimentaire excessive ont engendré une montée continue des pathologies liées à une mauvaise nutrition, comme l'obésité, le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires, l'ostéoporose, les troubles du comportement alimentaire ou certains cancers. Ces pathologies sont les premières causes de mortalité en France et pèsent très lourd dans les dépenses de l'assurance maladie. Le PNNS a fixé des objectifs précis et quantifiés, tant en matière de consommation alimentaire que d'activité physique. Il a établi les conditions d'un dialogue permanent entre les acteurs développant des actions nécessaires à l'atteinte des objectifs : secteurs publics de la santé, éducation, agriculture, consommation, mais aussi secteur privé de la production à la distribution, consommateurs et collectivités territoriales.

De plus, le PNNS a défini un socle de repères nutritionnels qui constitue désormais la référence française officielle. Conformément à la culture alimentaire française, ces repères associent à l'objectif de santé publique les notions de goût, de plaisir et de convivialité. Ils ont été validés scientifiquement et sont désormais largement reconnus pour leur pertinence. Ces repères ont été promus notamment grâce à un effort massif de communication par le biais de guides (plus de 5 millions d'exemplaires) et de campagnes de communication de grande ampleur. Le PNNS évite toute stigmatisation qui pourrait s'exercer à l'encontre de personnes en situation de surpoids ou d'obésité, il n'édicte aucun interdit alimentaire et évite la culpabilisation.

Le second PNNS, mis en œuvre sur la période 2006/2010 a fait l'objet d'une évaluation conjointe par l'IGAS et le Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux (CGAAER). Cette évaluation a conclu à l'importance de poursuivre le travail initié en lançant un nouveau programme nutrition santé.

La loi du 27 juillet 2010 de modernisation de l'agriculture et de la pêche, introduit dans le Code de la santé publique un article L3231-1 qui dispose que le Gouvernement élabore tous les 5 ans un programme national relatif à la nutrition et à la santé.

C'est dans ce cadre qu'a été initié un processus de consultation afin d'élaborer un nouveau programme national nutrition santé qui couvrira la période 2011-2015. Cette très large consultation associe les administrations, les collectivités territoriales, les acteurs économiques ainsi que les professionnels de la santé, de l'équipement, de l'éducation, du social et de l'activité physique.

Les objectifs de ce programme reprendront les indicateurs proposés par le Haut Conseil de la Santé Publique dans son rapport de mars 2010 portant sur l'évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004.

Le Plan Obésité 2011/2013 annoncé par le Président de la République en mai 2010 constituera un volet à part entière, articulé avec le PNNS.

Objectifs de la LPSP

n° 5 à 13: ils sont repris dans les objectifs nutritionnels prioritaires.

Objectifs du plan

Neuf objectifs nutritionnels prioritaires :

1. **Augmenter la consommation de fruits et de légumes** afin de réduire le nombre de petits consommateurs de fruits et de légumes d'au moins 25% (soit environ 45% de la population). **Objectif 10 LPSP.**
2. **Augmenter la consommation de calcium** afin de réduire de 25% la population des sujets ayant des apports calciques en dessous des apports nutritionnels conseillés, tout en réduisant de 25% la prévalence des déficiences en vitamine D. **Objectif 8 LPSP.**
3. **Réduire la contribution moyenne des apports lipidiques totaux** à moins de 35% des apports énergétiques journaliers, avec une réduction d'un quart de la consommation des acides gras saturés au niveau de la moyenne de la population (moins de 35% des apports totaux de graisses).
4. **Augmenter la consommation de glucides** afin qu'ils contribuent à plus de 50% des apports énergétiques journaliers, en favorisant la consommation des aliments sources d'amidon, en réduisant de 25% la consommation actuelle de sucres simples ajoutés, et en augmentant de 50% la consommation de fibres.
5. **Diminuer la consommation annuelle d'alcool par habitant** de 20% afin de passer en dessous de 8,5 l/an/habitant. **Objectif 1 LPSP.**
6. **Réduire de 5% la cholestérolémie moyenne** (LDL-cholestérol) dans la population des adultes.
7. **Réduire de 2-3 mm de mercure la moyenne de la pression artérielle systolique** chez les adultes.
8. **Réduire de 20% la prévalence du surpoids et de l'obésité (IMC > 25 kg/m²) chez les adultes** (atteindre une prévalence inférieure à 33%) et interrompre la croissance de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants. **Objectif 5 et 12 LPSP.**
9. **Augmenter l'activité physique quotidienne** par une amélioration de 25% du pourcentage des personnes, tous âges confondus, faisant l'équivalent d'au moins une demi-heure d'activité physique d'intensité modérée, au moins cinq fois par semaine (soit 75% des hommes et 50% des femmes). **Objectif 9 LPSP.**

Principales mesures

Implication des différents acteurs de la nutrition

- **développement de chartes d'engagements de progrès nutritionnel**, signées entre l'État et les acteurs économiques, sur la



base d'un référentiel élaboré par les pouvoirs publics,

- **renforcement de la cohérence des actions mises en œuvre par divers intervenants**, notamment via la signature de chartes spécifiques avec les collectivités territoriales,
- **mise en place d'un observatoire de la qualité de l'alimentation**, chargé d'élaborer chaque année un rapport sur la situation de l'offre alimentaire, y compris sur un plan économique.

Éducation, information et communication ciblées

- **poursuite et renforcement des actions de communication** et d'information sur des thématiques nutritionnelles, avec un accent plus particulier sur « comment mettre en pratique les recommandations du PNNS? »,
- **développement des actions de proximité** pour différents types de publics, notamment les publics précaires.

Prévention, dépistage et prise en charge des troubles nutritionnels dans le système de soins

- **amélioration de l'accueil et de la prise en charge** des personnes obèses dans les établissements de santé,
- **équipement des CHU/CHR en matériel et dispositifs médicaux** de base adaptés,
- **réflexion sur les besoins en formation des professionnels**, sur le parcours de soins des patients obèses et sur la place des réseaux de santé dans leur prise en charge,
- **amélioration de la prévention, du dépistage et de la prise en charge** de la dénutrition des personnes hospitalisées, **et en particulier des personnes âgées**,
- **mise en place d'une formation nationale sur la dénutrition** organisée par l'ANFH (Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier),
- **incitation à la généralisation des comités de liaison alimentation nutrition** (CLAN),
- **expérimentation du concept d'unité transversale** de nutrition clinique,
- **identification dans chaque établissement d'un référent en nutrition**,
- **intégration de la nutrition dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens** entre les agences régionales de l'hospitalisation et les établissements de santé.

Formation

Amélioration du cursus de formation des professionnels de santé, du domaine social et les professionnels de l'alimentaire (cuisiniers, agronomes).

Principaux partenaires

Agences régionales de santé
INPES, InVS, Anses

Ministères de l'agriculture, des sports, de l'éducation nationale, de la recherche, de la cohésion sociale, de l'économie et des finances
Collectivités territoriales.

Modalités de suivi

Le Programme donne une place importante à la gouvernance afin d'associer tous les acteurs de la nutrition experts de santé publique, administrations centrales, collectivités territoriales, professionnels de l'industrie agroalimentaire et consommateurs. Un comité de pilotage se réunit tous les mois et assure la concertation et le dialogue entre les acteurs majeurs de la mise en œuvre du PNNS. Son secrétariat est assuré par la DGS. Un rapport annuel est préparé par le président du comité de pilotage du PNNS et présenté devant le Comité national de santé publique.

Évaluation

L'évaluation du Programme national nutrition santé 2, conduite par l'Inspection générale des affaires sanitaires et sociales et le CGAAER en avril 2010, est disponible en ligne.

Textes

Loi du 27 juillet 2010 de modernisation de l'agriculture et de la pêche

Décret n° 2007-558 du 13 avril 2007 portant création du comité de pilotage du PNNS 2006-2010.

Arrêté du 19 avril 2007 portant nomination au comité de pilotage du PNNS 2006-2010.

Réglementation de la profession de diététicien : loi n° 2007-27 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n° 2005-1050 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé, article 14.

Décret n° 2007-263 du 27/02/2007 relatif aux messages publicitaires et promotionnels en faveur de certains aliments et boissons et modifiant le code de la santé publique.

Arrêté du 27 février 2007 fixant les conditions relatives aux informations à caractère sanitaire devant accompagner les messages publicitaires ou promotionnels en faveur de certains aliments et boissons.

Réglementation du logo PNNS : arrêté du 27 juin 2007 fixant les conditions d'utilisation de la marque «Programme national nutrition santé ».

Voir aussi

Plan santé des jeunes 2008-2010

Plan de santé bucco-dentaire

Plan Cancer 2009-2013

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

Lien d'accès Internet au programme

<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/plan.pdf>

Lien d'accès à l'évaluation du programme 2006-2010

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000214/0000.pdf>

Pourquoi un plan ?

Les affections bucco-dentaires – principalement la carie et les maladies parodontales (gencives et os alvéolaires) – sont extrêmement fréquentes. La carie touche en 2006 plus d'un tiers des enfants de 6 ans et environ 45 % des enfants de 12 ans. Dans la population adulte, les données épidémiologiques sont rares mais on estime à plus des trois quarts la proportion de personnes atteintes, avec un indice carieux (nombre de caries traitées ou actives) moyen voisin de 15 dans la tranche d'âge 35-44 ans. Les maladies parodontales sont responsables de la plupart des pertes dentaires dans la deuxième moitié de la vie. En 1993, le nombre moyen de dents absentes était de 3 dans la tranche d'âge 35-44 ans et de 16,9 dans la tranche d'âge 65-74 ans. Enfin, la France a l'incidence de cancers buccaux la plus élevée d'Europe : 7 705 cas en 2000.

Les affections bucco-dentaires retentissent, parfois gravement, sur l'état général et sur la qualité de vie des personnes concernées. Elles peuvent être à l'origine non seulement de douleurs, mais aussi de complications infectieuses, locales ou à distance, en particulier chez certains patients fragiles : personnes atteintes de certaines maladies chroniques, personnes âgées dépendantes, personnes handicapées, personnes immunodéprimées. Enfin, un état bucco-dentaire très dégradé est un marqueur de marginalité immédiatement apparent et constitue souvent un obstacle à une bonne insertion sociale.

En outre, les inégalités de santé bucco-dentaire sont fortement corrélées avec les inégalités sociales. Les renoncements aux soins dentaires pour les jeunes sont 2 fois plus importants dans les classes sociales défavorisées. Selon la catégorie socio-professionnelle, le pourcentage d'adultes ayant des dents manquantes non remplacées varie du simple au double (21 % à 43 %), le recours au chirurgien-dentiste à titre préventif varie de 25,7 % à 46,7 %, les renoncements aux soins ou prothèses dentaires varient de 4 % à 12 %.

Le rapport de la Cour des Comptes sur la Sécurité sociale daté de septembre 2010 comporte un chapitre XIII portant sur les soins dentaires qui met en exergue des inégalités sociales importantes d'accès aux soins dentaires et l'absence d'une politique globale claire de santé bucco-dentaire, tant du point de vue de l'accès aux soins, financier ou géographique, de prévention, de recherche ou de formation.

Le plan national de prévention bucco-dentaire comporte un certain nombre de mesures expérimentales visant à favoriser les comportements de prévention et l'accès aux soins et aux dépistages. A la fin de l'année 2010, la quasi-totalité de ces expérimentations ont été conduites et évaluées.

Objectif de la LPSP

n° 91: « Réduire de 30 % en 5 ans l'indice carieux des enfants de 6 et 12 ans ».

Objectifs du plan

- *Développer une politique de prévention auprès des groupes à risque élevé:* enfants, personnes handicapées, personnes âgées dépendantes et femmes enceintes.
- *Améliorer le recours aux soins.*
- *Prévenir les cancers buccaux.*

Principales mesures

La mesure phare du plan est l'instauration d'un examen bucco-dentaire de prévention à 6 et 12 ans, pris en charge à 100 % sans avance de frais, de même que les soins dispensés pendant les six mois suivant l'examen (art. L. 2132-2-1 du CSP).

Cette mesure a été étendue à d'autres classes d'âge et l'examen est désormais systématique à 6, 9, 12, 15 et 18 ans. La mesure a été pérennisée et figure dans la convention d'objectifs et de gestion signée entre l'Etat et l'Assurance maladie pour la période 2010-2013.

Cet examen gratuit est accompagné de diverses mesures visant à renforcer son déploiement.

- *séances d'information dans les classes de CP et de 6^e* pour inciter les enfants et leur famille à bénéficier de l'examen,
- *campagne d'information grand public* autour du slogan : « M' T dents »,
- *campagne d'information auprès des professionnels.*

Les autres mesures sont des mesures expérimentales qui ont vocation à être étendues en cas d'évaluation positive

- *action d'éducation à la santé et de dépistage pour les enfants de 4 ans dans les écoles maternelles de trois départements* (Gard, Sarthe, Corrèze). Les enfants qui ont déjà des caries à cet âge bénéficieront d'un suivi dentaire spécifique,
- *prise en charge de la santé bucco-dentaire des résidents de 12 EHPAD* (répartis dans trois départements : Marne, Isère, Morbihan). Le personnel bénéficie d'une formation le sensibilisant à l'hygiène bucco-dentaire, les résidents bénéficient d'un examen systématique et de soins de base.
- *construction d'un site Internet* qui met en relation les établissements médico-sociaux, les familles et des chirurgiens- dentistes dispensant des soins aux personnes



handicapées. <http://www.sante-orale-et-autonomie.fr>

- **mise en place d'une formation** (sanctionnée par un diplôme) dans le cadre de laquelle 50 chirurgiens-dentistes auront chacun la responsabilité de la santé bucco-dentaire des personnes accueillies dans un établissement médico-social,
- **prévention des cancers buccaux**: former les chirurgiens-dentistes à la détection précoce des cancers buccaux et les impliquer davantage dans la prévention primaire et secondaire de ces tumeurs. Informer le grand public qui connaît mal cette pathologie.
- **action en direction des femmes enceintes**: réaliser un examen bucco-dentaire lors de l'entretien du 4^e mois de grossesse, inciter les femmes enceintes à réaliser les soins nécessaires, le cas échéant, et les sensibiliser à l'hygiène dentaire de leur futur enfant.

Principaux partenaires

CNAMTS, INCa, MSA, RSI, HAS, HCSP.

Financements

Coût estimé du plan: 45 millions d'euros sur quatre ans.

Financeurs: CNAMTS (FNPEIS), DGS pour la mesure en faveur des personnes handicapées, INCa pour la mesure sur les cancers buccaux.

Modalités de suivi

Comité de suivi du Plan national de prévention bucco-dentaire

Chaque mesure est suivie individuellement par les acteurs chargés de sa mise en œuvre

Voir aussi

Plan santé des jeunes 16-25 ans 2008-2010
Plan national de lutte contre le cancer 2009-2013
Plan d'actions stratégiques : politique de santé pour les personnes placées sous main de justice 2010-2014

Pourquoi un plan?

Pour un nombre important de pathologies, la prévalence parmi la population des personnes placées sous main de justice est significativement plus élevée qu'en population générale.

Ainsi, les infections par le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC) sont respectivement estimées à 1,04% (contre 0,23% en population générale) et 4,2% (contre 0,84%). Les personnes détenues infectées par le VIH et/ou le VHC représentent plus de 5% de la population carcérale. L'incidence de la tuberculose en prison est quant à elle près de 8 à 10 fois supérieure à l'incidence moyenne nationale. Les problèmes d'addiction sont également particulièrement présents puisque près d'un quart des entrants déclarent une consommation d'au moins deux substances psychoactives, et près de 30% des entrants ont une consommation d'alcool excessive. Conséquemment, le nombre de personnes détenues sous traitement de substitution oral est en augmentation constante (de 2% en 1998 à 11% en 2006).

La santé mentale des personnes détenues est particulièrement fragile avec une estimation de 17,9% de personnes atteintes d'un état dépressif majeur, 12% d'anxiété généralisée et 3,8% des personnes atteintes de schizophrénie nécessitant un traitement, soit un taux quatre fois supérieur à la population générale.

Enfin, des besoins de santé spécifiques sont liés au vieillissement de la population carcérale : au 1er janvier 2010, plus d'une personne détenue sur 10 (11,6%) avait plus de 50 ans, et 3,2% plus de 60 ans. Ce vieillissement entraîne un accroissement du besoin de prises en charge chroniques parmi la population des personnes sous main de justice. Ce plan d'actions stratégiques de politique de santé pour les personnes placées sous main de justice tient compte de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009. Trois grands principes président à la rédaction de ce plan : garantir une qualité et une continuité des soins équivalente à celles dont bénéficie l'ensemble de la population, mettre en œuvre les plans et programmes de santé publique en milieu carcéral et contribuer à la démarche de réinsertion de la personne en maintenant ou améliorant l'état de santé des individus pendant la période de leur incarcération.

Objectifs du plan

Ce plan d'actions comporte 18 mesures, réparties en 6 axes :

Connaissance de l'état de santé

Mettre en place un système national d'informations stratégiques permettant le pilotage des politiques mises en œuvre et intégrant des données d'activités et un suivi épidémiologique de la santé des personnes détenues

Mener un programme d'étude et de recherche spécifique

Prévention et promotion de la santé

Renforcer la prévention du suicide en prison

Évaluation de l'application des recommandations de la politique de réduction des risques infectieux en milieu carcéral

Agir sur les déterminants de la santé des personnes détenues

Rendre les programmes de dépistage accessibles aux personnes détenues

Améliorer la santé bucco-dentaire des personnes détenues

Accès aux soins

Évaluer la mise en place du schéma national d'hospitalisation des personnes détenues

Réorganiser le dispositif d'offre de soins en santé mentale

Améliorer l'organisation, la gestion et le suivi des structures sanitaires de prise en charge des personnes détenues

Conduire une évaluation de l'offre de soins spécialisée pour les auteurs d'infraction à caractère sexuel

Améliorer la prise en charge des addictions et s'assurer de la continuité des soins

Organiser la préparation et la continuité des soins à la sortie

Dispositif de protection sociale

Clarifier l'accès aux droits des personnes détenues

Organiser l'articulation entre établissement pénitentiaire, CPAM et établissement de santé

Formation

Mettre en place de formation

Promouvoir une démarche qualité et bonnes pratiques auprès des intervenants extérieurs

Hygiène, sécurité et salubrité des établissements publics

S'assurer du respect des normes et règlements relatifs aux conditions d'hygiène, de sécurité et de salubrité des établissements pénitentiaires

Principales mesures

Cinq mesures phares sont identifiées dans le plan :

- Le renforcement d'une politique de prévention du suicide concertée entre les différents intervenants
- Le développement d'actions de prévention et de promotion de la santé
- L'accessibilité des personnes détenues à des soins en santé mentale adaptés à leur état de santé
- L'amélioration de l'organisation, de la gestion et du suivi des structures sanitaires
- La définition des modalités d'accès aux droits des personnes détenues en aménagement de peine

Principaux partenaires

Direction générale de l'offre de soins, Direction générale de la santé, Direction de la sécurité sociale, Direction générale de la cohésion sociale, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Institut de veille sanitaire, Agence des systèmes d'information partagés, Direction de l'administration pénitentiaire, Direction de la



protection judiciaire de la jeunesse

Modalités de suivi

Un comité interministériel composé de 7 directeurs d'administration centrale des ministères en charge de la santé (DGOS, DGS, DSS), de la justice (DAP, DPJJ, DACG) et de la cohésion sociale (DGCS) se réunit au moins une fois par an.

Le suivi des actions du plan est assuré au sein d'un comité de pilotage qui associe l'ensemble des directions et des agences concernées. Celui-ci est chargé d'élaborer un rapport de suivi présenté au comité interministériel.

Evaluation

Les modalités d'évaluation du plan seront définies par le comité de pilotage

Sources législatives et réglementaires

Loi HPST du 21 juillet 2009

Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009

Loi du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation de la justice

Lien d'accès internet

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_strategique_2010_2013_prise_en_charge_personnes_placees_sous_main_de_justice.pdf

Voir aussi:

Plan gouvernement de lutte contre les drogues et les toxicomanies

La prise en charge et la prévention des addictions

Plan national de lutte contre les hépatites B & C

Plan national de prévention bucco-dentaire

Plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010/2014

Programme de lutte contre la tuberculose en France

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

Plan autisme 2008-2010

DGS, sous direction promotion de la santé et prévention des maladies chroniques, bureau de la santé mentale «MC4»

DGCS, bureau de l'insertion et de la citoyenneté (3B)

DGOS, bureau des prises en charge post-aiguës, des pathologies chroniques et de la santé mentale (R4)

PLAN ANTÉRIEUR : Plan autisme 2005-2007. Le bilan du plan 2005-2007 figure en annexe du plan 2008-2010.

Pourquoi un plan?

L'autisme et les troubles qui lui sont apparentés constituent un ensemble de syndromes regroupés sous le terme de «troubles envahissants du développement» (TED). Ces syndromes sont variés, en ce qui concerne notamment les manifestations cliniques, les déficiences associées ou l'évolution. Ils sont caractérisés par un déficit des interactions sociales et de la communication, et des perturbations des intérêts et des activités qui entravent le développement de l'enfant et engendrent la vie durant des handicaps sévères et lourds de conséquences pour lui-même et sa famille. À l'âge adulte la majorité des personnes autistes ont des difficultés adaptatives majeures et très peu d'entre elles ont la capacité d'avoir un habitat autonome ou un emploi. En l'état actuel des connaissances, nul ne prétend guérir l'autisme et les autres TED. Il est possible, par une éducation, un accompagnement et des soins adaptés, particulièrement s'ils sont instaurés de façon précoce, d'en orienter l'évolution et d'en limiter considérablement les conséquences pour la personne et ses proches.

L'INSERM dans son expertise collective de 2002 sur le dépistage et la prévention des troubles mentaux de l'enfant fait état d'une prévalence moyenne de 9/10000 pour l'autisme et de 27,3/10000 pour l'ensemble des TED. Les estimations dans les études internationales font état d'estimation de prévalence plus élevée entre 0,1% et 0,3% pour l'autisme et 0,7% pour l'ensemble des TED, positionnant ainsi ces syndromes

parmi les problèmes de santé publique importants. Les avancées importantes réalisées dans le domaine de la prise en charge des TED dont l'autisme au cours de la période 2005-2007, que couvrait le Plan autisme précédent, ne sauraient masquer les insuffisances auxquelles il reste à remédier: personnes diagnostiquées tardivement, prises en charges inadéquates, articulation insuffisante des réponses, inclusion et ouverture au milieu ordinaire encore peu réalisées. Le plan 2008-2010 répond donc à des enjeux qualitatifs et quantitatifs forts, articulant résolument le champ éducatif, pédagogique et sanitaire. La participation des personnes avec troubles envahissants du développement et autisme et des familles est impliquée dans un grand nombre d'actions. Le plan répondra à ces enjeux selon un ordre de priorités échelonnées dans la durée. Il sera accompagné d'actions d'information et de communication.

Objectifs du plan

Huit objectifs répartis dans trois axes stratégiques composent le plan

Axe 1: mieux connaître pour mieux former

- **Objectif 1 :** élaborer et actualiser régulièrement le cor-

pus de connaissances sur l'autisme.

- **Objectif 2:** améliorer le niveau de formation des professionnels et des familles.
- **Objectif 3:** définir des critères de qualité des pratiques professionnelles en direction des personnes autistes.

Axe 2: mieux repérer pour mieux accompagner

- **Objectif 4:** améliorer le repérage des troubles et l'accès au diagnostic.
- **Objectif 5 :** mieux orienter les personnes avec autisme et leur famille.
- **Objectif 6:** favoriser la vie en milieu ordinaire à tous les âges de la vie.

Axe 3: diversifier les approches, dans le respect des droits fondamentaux de la personne

- **Objectif 7:** promouvoir une offre d'accueil, de services et de soins cohérente et diversifiée.
- **Objectif 8:** expérimenter de nouveaux modèles de prise en charge, en garantissant le respect des droits fondamentaux de la personne.

Principales mesures

Les huit objectifs sont déclinés en trente mesures, dont cinq mesures phares

1. Élaborer un corpus de connaissances commun sur l'autisme et développer la recherche en matière d'autisme. Il s'agit d'une part de réaliser un inventaire de l'ensemble des données existantes et validées dans le domaine de l'autisme, afin de les diffuser auprès de l'ensemble des professionnels et acteurs du domaine. Ce travail permettra également de faire évoluer le contenu des formations des professionnels et d'alimenter les travaux qui vont être menés par la Haute autorité de santé (HAS), et l'agence d'évaluation des établissements sociaux et médico-sociaux (ANESM) sur les recommandations de prises en charge et d'accompagnement des personnes avec TED. Il est, par ailleurs, nécessaire d'élargir le champ des connaissances sur l'autisme et les TED, en particulier en favorisant les études épidémiologiques françaises, et de favoriser la recherche pour faire émerger des outils diagnostiques et des stratégies thérapeutiques innovantes par la mobilisation et la coordination des différents opérateurs de la recherche sur l'autisme.

2. Actualiser et développer les contenus de la formation des professionnels (professions sanitaires, médico-sociales et pédagogiques)

Afin de faire partager un socle commun de connaissances sur l'autisme et de diffuser les recommandations de pratique professionnelle, il est nécessaire d'intégrer ce socle de

DGS, sous direction promotion de la santé et prévention des maladies chroniques, bureau de la santé mentale «MC4»
 DGCS, bureau de l'insertion et de la citoyenneté (3B)
 DGOS, bureau des prises en charge post-aiguës, des pathologies chroniques et de la santé mentale (R4)

PLAN ANTÉRIEUR : Plan autisme 2005-2007. Le bilan du plan 2005-2007 figure en annexe du plan 2008-2010.

connaissances dans le contenu des formations initiales et tout au long de la vie des professionnels en charge du suivi et de l'accompagnement des personnes avec autisme. A cet effet, dans le cadre de la formation continue, il s'agit également de développer une formation de formateurs en collaboration avec l'EHESP.

3. Développer le diagnostic précoce chez l'enfant et expérimenter un dispositif d'annonce du diagnostic qui facilite l'orientation et l'accompagnement des familles

Il s'agit, d'une part, de poursuivre la diffusion des recommandations de la Haute Autorité de santé de 2005 sur le diagnostic infantile de l'autisme et des TED et, d'autre part, de conforter les moyens des équipes spécialisées afin notamment de réduire les délais d'accès au diagnostic et pour que les diagnostics et évaluations permettent d'engager au plus tôt les prises en charge adaptées. Dans un cadre expérimental, les modalités d'accompagnement du diagnostic, permettant d'assurer à la famille une information adaptée sur les TED et leur prise en charge et un accompagnement précoce, seront définies au sein d'un cahier des charges.

4. Renforcer l'offre d'accueil en établissements et services

La France souffre d'un manque de places en établissements et services accueillant des personnes autistes. Il est prévu la création sur cinq ans de 4100 places supplémentaires dédiées aux personnes autistes.

5. Promouvoir une expérimentation encadrée et évaluée de nouveaux modèles d'accompagnement

Pour permettre aux familles de bénéficier de méthodes ou de programmes de prise en charge encore peu répandus dans notre pays, des projets de structures expérimentales encadrées par un cahier des charges et évaluées vont être autorisés.

Principaux partenaires

HAS, ANESM, INSERM, INSHEA, CNSA...

Financements

Le coût total du plan est estimé à 187,1 millions d'euros. Il se décline comme suit :

Axe 1. Mieux connaître pour mieux former : 7,53 M€

Axe 2. Mieux repérer pour mieux accompagner : 4,66 M€

Axe 3. Diversifier les approches, dans le respect des droits fondamentaux de la personne: 175,17M€ dont 170,7 millions pour la mesure 25 visant à renforcer l'offre d'accueil en établissements et services.

Modalités de suivi

Suivi et évaluation du plan en appui sur les organes consultatifs nationaux

Mise en place d'un tableau de bord de suivi des mesures partagé au sein du Comité national de réflexion et de proposition sur l'autisme et les TED, du groupe technique administratif et du groupe de suivi scientifique.

Suivi des aspects « recherche »

Le groupe de suivi scientifique de l'autisme, mis en place par le Comité National Autisme, rassemble les chercheurs français dans ce domaine. Ce groupe prépare à partir d'un état des lieux de la recherche française, des recommandations relatives aux priorités et modalités de recherche.

Évaluation

Des indicateurs sont prévus pour chacune des mesures. Les modalités d'évaluation du plan seront définies ultérieurement.

Textes

Circulaire AS/EN n° 95-12 du 27 avril 1995 relative à la prise en charge thérapeutique, pédagogique et éducative et à l'insertion sociale des enfants, adolescents et adultes atteints d'un syndrome autistique.

Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
 Circulaire DGAS/3C no 2010-05 du 5 janvier 2010 relative à la mise en œuvre de la mesure 29 du plan Autisme 2008-2010 « Promouvoir une expérimentation encadrée et évaluée de nouveaux modèles d'accompagnement »

CIRCULAIRE INTERMINISTÉRIELLE

N°DGCS/DGOS/DGS/CNSA/2010/292 du 27 juillet 2010 relative à la mise en œuvre régionale du plan autisme 2008-2010

Voir aussi

HAS 2010 : Corpus de connaissances

Autisme et autres troubles envahissants du développement
 État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale

Lien Internet vers le plan autisme

http://www.travaillsolidarite.gouv.fr/IMG/pdf/PLAN_AUTISME_Derniere_version.pdf

Le bilan du plan 2005-2007 figure en annexe du plan 2008-2010.



MALADIES CHRONIQUES ●●●

POURQUOI UN PLAN ?

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est un enjeu majeur de santé publique tant par le nombre de personnes qui en sont atteintes et les conséquences médicales, sociales et économiques qui en résultent, que par la mise en jeu obligatoire de l'ensemble de la filière de soins.

L'accident vasculaire cérébral touche 400 000 personnes en France ; il y représente la troisième cause de mortalité chez l'homme et la deuxième chez la femme, la première cause de handicap acquis de l'adulte ; la tendance naturelle est à l'augmentation en raison du vieillissement de la population ; le risque de mortalité par AVC est majoré pour des populations ou des personnes défavorisées matériellement ou socialement ;

- Le sujet est méconnu et mésestimé, alors qu'il est une part importante du domaine « cardio-vasculaire » qui fait déjà par ailleurs l'objet d'actions de santé publique cependant dispersées et insuffisamment coordonnées ;
- Son poids financier est considérable : les dépenses sanitaires et médico-sociales annuelles sont estimées à 8,4 milliards d'euros ;
- L'AVC est accessible à la prévention ; maîtriser les facteurs de risque permet de diminuer la mortalité et la morbidité évitables, et en particulier chez les personnes de moins de 65 ans qui constituent 25 % des patients ;
- Il survient brutalement, nécessitant des soins en urgence ; ses séquelles sont d'autant plus limitées que les patients sont pris en charge très rapidement par des structures permettant le diagnostic et les soins précoces ;
- Il fait intervenir pour sa prise en charge de nombreuses spécialités médicales et professions paramédicales ou sociales, insuffisamment coordonnées ;
- 20 % seulement de l'ensemble des patients victimes d'AVC sont actuellement hospitalisés en unités neuro-vasculaires (UNV). Ce pourcentage varie entre 8 et 33 % selon les régions², dénotant une importante inégalité régionale. Il existe donc un problème important d'accès de la majorité des patients à ces soins de qualité, qui s'ajoute aux inégalités sociales en santé ;
- Seuls 1 % des patients bénéficient actuellement d'une thrombolyse. Ce traitement est trop rare en France, principalement par dépassement des délais en raison d'une mauvaise information des patients et d'une mauvaise organisation de la filière.

Objectifs LPSP

objectif n° 72 « réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC »

OBJECTIFS DU PLAN

L'objectif principal figure dans le rapport annexé à la loi relative santé publique : « réduire la fréquence et la gravité des séquelles objectif n°72) ; il sera atteint par la mise en œuvre d'une politique de la prise en charge des AVC :

- Développer la prévention et l'information pour prévenir les AVC et en limiter les séquelles ;
- Améliorer l'organisation de la prise en charge des AVC, de l'urgence au retour à domicile ou au secteur médico-social ;
- Améliorer (adapter et valoriser) l'offre de rééducation, réadaptation et réinsertion ;
- Mettre en œuvre une politique de recherche dans le domaine de l'AVC
- Développer la réflexion éthique ;
- Faciliter l'accompagnement des malades et l'action des associations de patients ;
- Contribuer à faire changer le regard social sur le handicap.

PRINCIPALES MESURES

Le plan AVC s'articule autour de 4 axes déclinés en 17 « actions opérationnelles ».

Axe 1 : Améliorer la prévention et l'information de la population avant, pendant et après l'AVC

Action 1 « Développer la prévention de l'accident vasculaire cérébral » : Déployer des actions de dépistage et de prévention du risque cardio-neuro-vasculaire chez les personnes à haut risque ; Poursuivre les actions de prévention primaire du risque cardio-neuro-vasculaire pour toute la population ; Mettre en œuvre un programme pluriannuel de prévention cardio-vasculaire en direction des assurés sociaux.

Action 2 « Informer la population sur l'AVC, depuis les signes d'alerte jusqu'à l'accompagnement du handicap » : Concevoir et diffuser des campagnes d'affichage et radio-diffusées sur la reconnaissance des signes de l'AVC et de la conduite à tenir ; Former les collégiens et lycéens à la reconnaissance des signes de l'AVC et la conduite à tenir ; Diffuser aux patients et à leurs aidants des documents d'information sur l'AVC et sur l'accompagnement du handicap ; Former les aidants familiaux sur l'AVC et à l'accompagnement du handicap.

Action 3 « Développer l'éducation thérapeutique du patient (ETP) » : Développer l'éducation thérapeutique pour les patients à risque d'AVC ; Développer l'éducation thérapeutique pour les patients victimes d'AVC.

Action 4 « Poursuite de la participation des ministères et des agences régionales de santé à des actions de sensibilisation du public, en lien avec les associations de patients »

Axe 2 : Mettre en œuvre des filières de prise en charge et les systèmes d'informations adaptés

Action 5 « Placer l'AVC comme priorité du projet régional de santé ; la mettre en œuvre à travers les schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins (volets hospitalier et ambulatoire) et d'organisation médico-sociale »

Action 6 « Définir le contenu d'une consultation « bilan » post AVC, l'expérimenter et la mettre en œuvre »

Action 7 « Organiser la prise en charge des AVC de l'enfant »

Action 8 « Déployer et utiliser un système d'information adapté aux enjeux » : Développer les outils « systèmes d'information » de la prise en charge des AVC dans le système d'information de santé, intégrant la télémédecine ; Contribuer à l'amélioration des informations relatives aux déficiences dans les systèmes d'information médico-sociaux ; Définir des règles de description des séjours hospitaliers pour AVC (règles de codage PMSI MCO et SSR) et les diffuser aux professionnels ; Stabiliser à l'échelon national les descriptions des pathologies cardio-neuro-vasculaires dans les bases d'activités médicales ou médico-économiques utilisées en santé ; Exploiter les données médico-économiques de la base du SNIR-AM d'une cohorte de patients victimes d'AVC.

Action 9 « Faire évoluer les outils techniques et réglementaires » : Faire évoluer l'autorisation de mise sur le marché du médicament thrombolytique, diffuser les règles de bonne pratique permettant l'organisation régionale des soins ; Faire évoluer les nomenclatures pour permettre une meilleure description des prises en charge et des patients, former à leur utilisation ; Etudier et adapter la description et la valorisation des prises en charge de l'AVC.

Action 10 « Conduire des projets pilotes et des expérimentations organisationnelles, permettre leur analyse et leur mutualisation » : Expérimentations d'actions favorisant les synergies entre acteurs ; Publication par l'ANAP des « retours d'expérience » du chantier pilote de la MeaH « prise en charge des accidents vasculaires cérébraux » ; Intégration du thème « AVC » dans les travaux du projet « parcours de personnes et territoires » de l'ANAP

Axe 3 : Assurer l'information, la formation et la réflexion des professionnels

Action 11 « Développer les formations relatives à l'AVC pour faire évoluer les compétences des professionnels de santé » : Faire évoluer les formations médicales et paramédicales, ainsi que la reconnaissance des compétences acquises dans la prise en charge des AVC ; Développer des programmes de formation des professionnels à l'éducation thérapeutique concernant les maladies cardio-neuro-vasculaires, dont l'AVC ; Insérer le thème des pathologies cardio-neuro-vasculaires dans le cursus de formation des cadres de santé publique

Action 12 « Poursuivre l'élaboration de protocoles opérationnels, de recommandations de pratiques professionnels, de référentiels nationaux de prise en charge de l'AVC » : Préciser certains protocoles opérationnels en cas d'AVC ou de suspicion d'AVC ; Elaborer des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge en rééducation, d'abord au cours des 6 premiers mois post-AVC puis au-delà ; Etablir des recommandations concernant le suivi de l'AVC pour les médecins traitants ; Informer les professionnels sur les dispositifs mobilisables pour l'accompagnement des personnes atteintes de handicaps post-AVC

Action 13 « Améliorer les pratiques des professionnels de santé » : Poursuivre le programme pluriannuel de prévention cardio-vasculaire de l'assurance maladie - action en direction des médecins ; Poursuivre le programme pilote de la Haute autorité de santé d'amélioration des pratiques professionnelles dans la prise en charge de l'AVC ; Assurer la sensibilisation des médecins traitants aux recommandations de la HAS pour améliorer le suivi de l'AVC par les médecins libéraux ; Organiser la veille sur l'état de l'art

Action 14 « Développer la réflexion éthique pluri professionnelle des acteurs de l'AVC »

Axe 4 : Promouvoir la recherche et veiller aux équilibres démographiques

Action 15 « Soutenir le développement coordonné de plusieurs registres populationnels des AVC »

Action 16 « Soutenir et valoriser le développement de la recherche sur l'accident vasculaire cérébral »

Action 17 « Contribuer à réguler la démographie des professions de santé »

PRINCIPAUX PARTENAIRES

DICOM, DGCS, DSS

ARS, CNP

Assurance Maladie, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), UNOCAM

Inpes, InVS, INSERM

Ministère de l'éducation nationale ; Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville ; Ministère de l'agriculture, de l'alimentation et de la pêche ; Ministère de l'intérieur,

Sociétés savantes, Associations de patients (France AVC, FNAF), associations de parents d'élèves,

Croix Rouge, Samu, Médecins libéraux, Ordres professionnels (médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes, sages-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes), maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

Structures de Formation continue (EHESP et autres), instituts de formation

FINANCEMENTS

Sur la période 2010-2014, le plan d'actions national AVC mobilise près de 134 millions d'euros (hors dépenses faites dans le cadre d'autres plans de santé publique, incluant celles figurant au titre du fonds de prévention de l'assurance maladie, du budget de la Haute autorité de santé, de l'Inpes ou de l'InVS).

Comme les AVC sont déjà source de dépenses sanitaires, médico-sociales et de prévention, les dépenses prévisionnelles ne comprennent pas les dépenses sanitaires et médico-sociales déjà engagées ou qui le seraient « toutes choses égales par ailleurs », mais uniquement les finance-

Plan d'action national «Accidents vasculaires cérébraux 2010-2014

DGOS, Bureau Prises en charge post aigues, pathologie chroniques, santé mentale «R4»

DGS, Bureau des cancers, des maladies chroniques et du vieillissement «MC3»

ments nouveaux. L'objectif de limiter le nombre et la gravité des séquelles liées aux AVC nécessite un « investissement » principalement dans le champ de la prévention, de la coordination, des systèmes d'information.

Les montants se répartissent ainsi pour la durée du plan :

Axe 1 : Améliorer la prévention et l'information de la population avant, pendant et après l'AVC : 31,8 M€ ;

Axe 2 : Mettre en œuvre des filières de prise en charge et les systèmes d'information adaptés : 97,87 M€ ;

Axe 3 : Assurer l'information, la formation et la réflexion des professionnels : 2,3 M€ ;

Axe 4 : Promouvoir la recherche et veiller aux équilibres démographiques : 2 M€.

Certaines des dépenses (en particulier pour la recherche, et la mise en œuvre des systèmes d'information) nécessitent d'être affinées lors de la mise en œuvre des premières étapes du plan.

Dès 2010, les mesures prévues dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) visent à soutenir l'ouverture d'unités neuro-vasculaires au titre de l'aide à la contractualisation, de préserver les tarifs du mouvement mécanique général de baisse de la campagne 2010, de permettre l'amélioration des conditions de prise en charge en SSR.

Des actions d'information sont financées au titre de la loi de finances (LF).

MODALITES DE SUIVI**Instances**

Afin d'assurer le suivi de la mise en œuvre du plan d'actions national AVC 2010-2014, une équipe projet fonctionnelle « AVC » interministérielle est définie, pilotée par la Direction générale de l'offre de soins ; elle rend compte périodiquement au Comité de suivi des plans d'actions transverses (COPAT) de la DGOS de l'état d'avancement du dossier, en particulier des éventuels points de blocage afin qu'ils puissent être traités autant que de besoin par le Comité des directeurs. Elle est en lien avec le Comité national de pilotage des agences régionales de santé.

L'équipe projet anime le réseau des correspondants AVC des agences régionales de santé, faisant en particulier remonter à fin de mutualisation les expériences de chaque région (dont celles des usagers) et rediffusant les informations colligées au niveau national ; elle s'assure du bon fonctionnement des groupes de travail, analyse les indicateurs de suivi annuel, prépare les éléments nécessaires à l'évaluation du plan. Avec l'appui des institutions partenaires et des sociétés savantes, elle assure une veille bibliographique sur les données nationales et internationales les plus probantes publiées pendant la période du plan et qui pourraient infléchir certaines de ses actions.

Un Comité de suivi, comprenant l'ensemble des partenaires institutionnels et associatifs concernés déjà impli-

qués dans le Comité de pilotage du rapport sur la prévention et la prise en charge des AVC en France, accompagne les services du ministère dans la déclinaison et le suivi du plan AVC. Créé par décret pour la durée du plan, il se réunit au moins deux fois par an en séance plénière afin de permettre un échange pluri-partenarial ; des groupes de travail peuvent être constitués. L'équipe projet AVC assure son secrétariat. A partir de ses travaux, il propose aux ministères, à l'assurance maladie et à la Haute autorité de santé d'éventuelles évolutions ou réorientations du plan.

Groupes de travail complémentaires spécifiques

La réunion périodique d'un groupe de coordination inter-plans de santé publique et la participation réciproque des équipes projets et de membres des comités de suivi de chaque plan à certaines réunions des autres plans faciliteront la mise en œuvre et le suivi des mesures transversales ou communes.

Instance de démocratie sanitaire, la Conférence nationale de santé est associée aux travaux du Comité de suivi du plan.

Outils de suivi

Le suivi et l'amélioration attendue des organisations repasseront principalement sur les retours d'expériences et les échanges organisés d'une part en région par les coordonnateurs AVC des ARS, d'autre part à l'échelon national par l'équipe projet AVC et le Comité de suivi.

Il est important qu'une partie de l'évaluation par l'équipe projet soit réalisée par des déplacements dans chaque région afin de dialoguer avec ses instances sur la déclinaison régionale et territoriale des objectifs nationaux, les organisations mises en place, leurs résultats, les difficultés rencontrées, les initiatives intéressantes dont la transposabilité sera analysée et la diffusion assurée par le niveau national de suivi du plan.

Les trois dimensions du « plan d'actions national AVC 2010-2014 » (la politique de santé concernant les AVC, les objectifs du plan, les actions mises en œuvre) sont suivies annuellement par des indicateurs ad hoc.

EVALUATION

Conformément à ses missions, le Haut conseil de la santé publique procédera à une évaluation externe du plan AVC en 2012 et à son échéance.

La question évaluative principale est celle de l'atteinte des objectifs généraux et spécifiques du plan AVC et de l'estimation du ratio coût-utilité (ou coûts-avantages) de sa mise en œuvre.

**Plan d'action national «Accidents vasculaires cérébraux 2010-2014**

DGOS, Bureau Prises en charge post aigues, pathologie chroniques, santé mentale «R4»
DGS, Bureau des cancers, des maladies chroniques et du vieillissement «MC3»

**SOURCES LEGISLATIVES ET
REGLEMENTAIRES**

Circulaire DHOS/DGS/DGAS du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des AVC
Circulaire DHOS/O4/2007 du 22 mars 2007 relative à la place des unités neuro-vasculaires dans la prise en charge des patients présentant un accident vasculaire cérébral
Rapport sur la prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France (Elisabeth Fery-Lemonnier, pour le Comité de pilotage AVC, juin 2009).

LIEN D'ACCES INTERNET AU PLAN

[http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/plan_actions_AVC - 17avr2010.pdf](http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/plan_actions_AVC_-_17avr2010.pdf)

VOIR AUSSI :

Programme national nutrition santé
Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques

Pourquoi un plan ?

En France, en vingt-cinq ans, le nombre de nouveaux cas de cancers a presque doublé. En 2005, l'incidence annuelle du cancer était estimée à 320 000 alors qu'elle était de 170 000 cas en 1980. Les tumeurs sont désormais la première cause de décès dans notre pays. Le doublement de l'incidence des cancers est dû aux évolutions démographiques ainsi qu'aux progrès du dépistage. Cependant, d'autres déterminants liés aux modes de vie, aux pratiques diagnostiques et à l'environnement, sont à l'œuvre. Le nombre de cas de cancers continuera d'augmenter au cours des prochaines années.

Objectifs du plan

Le Plan de lutte contre le cancer 2003-2007 était la réponse aux attentes des patients, de leurs proches, des soignants et des chercheurs exprimées lors des états généraux des patients en 1998 et du premier sommet mondial contre le cancer en 2000. Il a permis des avancées significatives en matière de prévention et de qualité des soins. Aujourd'hui, de nouveaux efforts sont indispensables pour consolider les résultats et améliorer encore la prise en charge des cancers.

Le Plan cancer 2009-2013 s'inspire du rapport remis au président de la République par le Pr Jean-Pierre Grünfeld en février 2009 : « Recommandations pour le Plan cancer 2009-2013 ».

Ce nouveau plan s'inscrit dans la continuité du Plan cancer 2003-2007 et repose, en partie, sur le socle de ses mesures, qu'il va falloir pour beaucoup consolider, pour certaines en assurer l'application, et pour d'autres en adapter la mise en œuvre.

À partir des acquis, de nouvelles propositions permettent d'impulser un nouvel élan et de porter une nouvelle ambition, en mettant l'accent :

- sur de nouveaux efforts de recherche et d'innovation intégrant leur « transfert » au système de santé ;
- sur une meilleure prise en compte des inégalités de santé face au cancer et à la mise en œuvre de mesures, visant leur correction ;
- sur le renforcement de la coordination des soins et de son extension au-delà de l'hôpital par une meilleure implication des médecins traitants ;
- sur de nouvelles initiatives sanitaires et médico-sociales pour mieux accompagner les personnes dans la « vie pendant et après le cancer ».

Le plan Cancer 2009/2013 comporte 5 axes :

Recherche (5 mesures, 26 actions)

Objectif : Assurer le transfert rapide des avancées de la recherche au bénéfice de tous les malades

Observation (4 mesures, 12 actions)

Objectif : Mieux connaître la réalité des cancers en France
Prévention – Dépistage (8 mesures, 37 actions)

Objectif : Prévenir pour éviter des cancers ou réduire leur gravité

Soins (7 mesures, 27 actions)

Objectif : Garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et efficace

Vivre pendant et après un cancer (6 mesures, 16 actions)

Objectif : Améliorer la qualité de vie pendant et après la maladie, combattre toute forme d'exclusion

Principales mesures

6 mesures du plan font l'objet d'une attention particulière et sont qualifiées de mesures « phare » :

Recherche

Mesure n°1 : Renforcer les moyens de la recherche disciplinaire

Mesure n°3 : Caractériser les risques environnementaux et comportementaux

Observation

Mesure n°6 : Produire et communiquer annuellement des informations sur le cancer et la cancérologie

Prévention et dépistages

Mesure n°14 : Lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages

Soins

Mesure n°18 : Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant

Vivre avec et après un cancer

Mesure n°25 : Développer une prise en charge sociale personnalisée et accompagner l'après cancer

Principaux partenaires

Le Plan cancer 2009-2013 est la déclinaison opérationnelle du rapport remis au président de la République par le Pr Jean-Pierre Grünfeld en février 2009 : « Recommandations pour le Plan cancer 2009-2013 » qui a été assisté d'une commission.

Son élaboration a été pilotée par le ministère de la Santé et des Sports en association avec le ministère de la Recherche et de l'Enseignement supérieur et le ministère du Travail. Sa préparation, coordonnée par la DGS a étroitement associé la DHOS, la DGRI, la DSS, la DGT, la DGAS et l'INCa. Sont également associés à la mise en œuvre du plan Cancer : INPES, InVS, HAS, ANCES, IRESP, CNSA et l'Assurance Maladie. Collectif interassociatif de la santé (CISS),



Ligue nationale contre le cancer.

Financements

Prévisions de financements complémentaires

- Recherche : 95 287 000 €
- Observation : 12 241 000 €
- Prévention et dépistage : 177 359 000 €
- Soins : 402 772 000 €
- Vivre pendant et après un cancer : 45 000 000 €
- Total des financements complémentaires prévisionnels : 732 659 000 €

Le montant programmé au titre de l'année 2009 a été exécuté à hauteur de 98% (rapport d'étape de juin 2010), pour un montant de 237 millions d'euros répartis comme suit : 48,9M€ consacrés à l'axe recherche, 6,2 M€ consacrés à l'axe observation, 145,8 M€ pour l'axe prévention et dépistage et 36,3 M€ pour l'axe consacré aux soins.

Les données concernant l'exécution budgétaire pour l'année 2010 seront disponibles dans le rapport d'étape semestriel de juin 2011.

Modalités de suivi

Le pilotage de la mise en œuvre du Plan cancer 2009-2013 est assuré par le comité de pilotage interministériel, présidé par le directeur général de la santé et composé de l'ensemble des directions d'administration centrales impliquées (DGRI, DGOS, DSS, DGCS, DGT, DGTPE), de l'assurance-maladie, du collectif inter associatif de la santé et de la Ligue nationale contre le cancer, de personnalité qualifiée, de l'INCa. Le COPIL se réunit tous les trimestres, en associant à une réunion sur deux les représentants des agences nationales de santé et les opérateurs nationaux, pilotes ou copilotes d'actions (InVS, INPES, HAS, AFSSET, IRESP, CNSA).

Le comité de pilotage assure un suivi des mesures (suivi des indicateurs de résultats, suivi de l'avancement des actions et suivi de l'exécution budgétaire) à travers un rapport de synthèse comprenant 30 fiches mesures. Un outil informatique a été mis en place par l'INCa pour permettre le suivi de l'ensemble des actions du Plan cancer sur ces trois dimensions, qui a vocation à être partagé avec tous les pilotes d'actions. Un site dédié au plan www.plan-cancer.gouv.fr/, accessible depuis le 7 octobre 2010 permet de donner de la visibilité au plan et d'informer le public sur son avancement, tous les documents du comité de pilotage et rapport sont mis en ligne.

Le comité de pilotage produit tous les semestres un rapport adressé au Président de la République et aux ministres

concernés. Ce rapport, établi par le comité de pilotage du Plan cancer, et préparé par l'INCa en liaison avec la Direction générale de la santé, présente l'état des lieux synthétique de l'avancement des actions du Plan cancer, complété des données de pilotage par mesure. Le dernier rapport d'étape a été remis en janvier 2011.

Évaluation

L'évaluation du Plan cancer 2009-2013 est sous la responsabilité du Haut Conseil de la santé publique et de l'AERES, pour les mesures de l'axe « Recherche ». Ceux-ci peuvent solliciter des prestataires externes recrutés sur appels d'offres. Deux évaluations sont prévues l'une à mi-parcours à la fin 2011 et une à la fin du plan en 2013. Les rapports de synthèse de ces évaluations sont remis au président de la République et aux ministres concernés.

Voir aussi

Plan national santé environnement 2009-2013

Plan Santé au Travail 2 (2010/2014)

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011

Programme national nutrition santé 2006-2010

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011

La prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011

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

Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014

Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012

Plan d'actions stratégiques : politique de santé pour les personnes placées sous main de justice (2010-2014)

Lien d'accès Internet au plan

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_cancer_2009-2013.pdf

Deuxième plan national Maladies Rares 2011/2014

DGOS, bureau des prises en charge post aigües en pathologies chroniques, santé mentale «R4»

Direction générale de la santé, bureau des cancers, des maladies chroniques et du vieillissement «MC3»

PLAN ANTÉRIEUR : Plan national maladies rares 2005-2008.**Pourquoi un plan?**

Une maladie est dite rare lorsque moins d'une personne sur 2 000 en est atteinte, soit pour la France, moins de 30 000 personnes. On estime que les maladies rares touchent entre 4 et 6 % de la population, soit près de 3 millions de personnes concernées en France et plus de 27 millions de malades en Europe. Plus de 7 000 maladies rares sont identifiées à ce jour, et de nouvelles maladies sont régulièrement décrites dans la littérature médicale.

Ces maladies sont essentiellement (près de 80 %) d'origine génétique, le reste étant des maladies infectieuses et des maladies auto-immunes. Les deux tiers des maladies rares sont graves et peuvent entraîner des handicaps sévères, et la moitié d'entre elles surviennent avant l'âge de 2 ans et sont responsables d'un nombre important de décès précoces : un tiers des décès avant 1 an, un décès sur dix entre 1 et 5 ans et 12 % des décès entre 5 et 15 ans. Les maladies rares sont fréquemment causes de douleurs chroniques, ou de la survenue d'un déficit moteur, sensoriel ou intellectuel réduisant l'autonomie des patients dans un cas sur trois.

Le premier plan national maladies rares faisait partie des 5 plans stratégiques figurant dans le rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Ce plan a été élaboré pour la période 2005/2008 puis évalué par le Haut Conseil de la Santé Publique en avril 2009. Parmi ses principales conclusions, le HCSP recommandait de consolider les centres de référence, développer la plateforme Orphanet et poursuivre l'effort de développement de la recherche. En outre, le HCSP recommandait de nouvelles actions : progresser dans le recueil des données épidémiologiques, simplifier la rédaction des protocoles nationaux de diagnostic et de soins et enfin développer les liens avec les acteurs du champ médico-social. A la suite de cette évaluation et du rapport de propositions pour un second plan maladies rares rendu le 21 juillet 2010 par le Pr Gil Tchernia, le deuxième plan national maladies rares a été annoncé le 28 février 2011.

Objectifs de la LPSP

n° 90: «assurer l'équité pour l'accès au diagnostic, au traitement et à la prise en charge».

Objectifs du plan

Les objectifs du deuxième plan national «maladies rares» sont répartis en trois axes, comprenant 15 mesures et 47 actions

Axe A : Améliorer la qualité de la prise en charge du patient

- Améliorer l'accès au diagnostic et à la prise en charge des patients atteints de maladie rare
- Optimiser les modalités d'évaluation et de financement des centres de référence maladies rares
- Intensifier la rédaction de protocoles nationaux de diagnostic et de soins
- Garantir la qualité de prise en charge médicamenteuse adaptée à chaque patient atteint de maladie rare
- Développer les liens entre les acteurs de la prise en charge et l'accompagnement
- Améliorer les pratiques des professionnels de santé
- Rendre accessible l'information et la diffuser
- Orphanet : outil pour l'information et la recherche

Axe B : Développer la recherche sur les maladies rares

- Créer une structure nationale d'impulsion de la recherche en interface avec les acteurs publics et privés
- Promouvoir les outils permettant d'augmenter les connaissances sur les maladies rares et inscrire dans les programmes de l'ANR un montant minimum dédié à la recherche maladies rares
- Promouvoir le développement des essais thérapeutiques
- Favoriser la recherche clinique et thérapeutique translationnelle

Axe C : Amplifier les coopérations européennes et internationales

- Promouvoir le partage de l'expertise au niveau international via les réseaux européens de référence
- Améliorer la capacité à conduire des essais cliniques multinationaux, l'accès aux tests diagnostiques disponibles au niveau européen et le contrôle de qualité des tests
- Améliorer l'accès au diagnostic, aux soins et à la prise en charge, la recherche et l'information sur les maladies rares en structurant les coopérations européennes et internationales

Principales mesures**Le plan distingue 4 actions « focus » :****Banque nationale de données sur les maladies rares**

Cette action vise à structurer et financer une banque nationale de données sur les maladies rares à partir des données recueillies dans l'ensemble des centres de référence et de compétence ainsi que des registres des maladies

Prendre en compte les besoins spécifiques des patients Outre-mer

Dans la continuité du premier plan maladies rares, une attention particulière est portée aux maladies rares des territoires et départements ultramarins, telles que la drépa-

nocytose. Dans ce but, deux types d'actions sont retenues : améliorer la qualité des soins dispensés aux patients atteints de drépanocytose et autres maladies rares et développer et améliorer la connaissance de ces maladies.

Soutenir l'action des associations maladies rares

Les associations ont été un vecteur important de la prise de conscience de la problématique des maladies rares. Elles ont très tôt sensibilisé l'opinion mais aussi mené des actions de soutien et d'accueil aux malades et aux familles. Le soutien aux fédérations est privilégié mais le plan allouera également des moyens pour financer des projets innovants, notamment en matière d'éducation thérapeutique, sur la base d'appels à projets.

La fondation « maladies rares »

L'objectif principal de la création d'une fondation maladies rares est de structurer et d'harmoniser les différentes actions engagées dans le domaine de la recherche. La fondation aura pour mission de s'assurer du transfert rapide vers les malades des avancées de la recherche, et d'identifier les besoins de recherche dédiés aux sciences humaines et sociales dans le domaine des maladies rares.

Principaux partenaires

DGRI, DGCS, CNAMTS, CNSA,
Agences régionales de santé
InVS, INSERM, AFSSAPS, HAS, ANESM, ASIP, ATIH
Orphanet,
Centres de référence et de compétences pour les maladies rares
Agence nationale de la recherche, AERES
Associations : Association Française contre les myopathies, Alliance maladies rares, EURORDIS, Vaincre la Mucoviscidose, Association européenne contre les leucodystrophies

Financements

Le Coût total annoncé du plan est de 86,4 millions d'euros sur la durée du plan 2011-2014 qui sont répartis entre les 3 axes :

Axe A, Améliorer la qualité de la prise en charge du patient : 30,4 M€
Axe B, Développer la recherche sur les maladies rares : 51 M€
Axe C, Améliorer les coopérations européennes et internationales : 5 M€

Modalités de suivi

Le dispositif de suivi du plan est structuré autour d'un Comité de suivi et de prospective, présidé par la Directrice générale de l'offre de soins et d'un secrétaire général chargé de la mise en œuvre du plan.

Deux vice-présidents « santé » et « recherche » sont garants de la coordination et de la cohérence des actions menées dans chacun de leur domaine respectif.

Le suivi financier du plan est assuré par la DGOS

Textes

Arrêté du 19 novembre 2004 portant labellisation de centres de référence pour la prise en charge des maladies rares. Arrêté du 6 octobre 2005 portant labellisation de centres de référence pour une maladie rare ou un groupe de maladies rares.

D'autres textes de référence sont disponibles à l'adresse suivante :

<http://www.sante.gouv.fr/acces-aux-soins-pour-en-savoir-plus.html>

Voir aussi

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011

Lien d'accès Internet au plan

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_maladies_rares.pdf

Lien d'accès Internet au rapport d'évaluation du premier plan maladies rares

http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp20090317_maladiesRares.pdf

Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012

Plan interministériel, santé, solidarité et recherche piloté par la mission de pilotage du Plan Alzheimer DGS, bureau des cancers, des maladies chroniques et du vieillissement « MC3 »

PLANS ANTÉRIEURS :**1. Plan maladie d'Alzheimer et maladies apparentées 2001-2005****Ce plan prévoyait :**

- la multiplication des consultations mémoires de proximité,
- l'amélioration de l'information des familles grâce au développement, sur tout le territoire, des centres locaux d'information et de coordination (CLIC), de lieux d'accueil généralistes sur toutes les questions liées à la prise en charge et à l'accompagnement des personnes âgées,
- la création de l'APA, mise en place le 1^{er} janvier 2002.

2. Plan maladie Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007**Ce plan prévoyait :**

- l'inscription de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées sur la liste des affections de longue durée (ALD), prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale,
- la création de nouvelles consultations mémoire et de nouveaux « centres de mémoire de ressource et de recherche » (CMRR), la création de 5 400 places de SSIAD de 4 600 places d'accueil de jour et de 2 300 places d'hébergement temporaire,
- la prise en charge d'un forfait transport par l'assurance maladie et l'APA, en faveur des personnes accueillies en hébergement temporaire ou en accueil de jour,
- un mode de tarification spécifique dans les EHPAD,
- l'amélioration de la formation des personnels soignants sur la prise en charge de la maladie: diffusion d'un CD-Rom contenant des informations sur la maladie, des recommandations thérapeutiques, le suivi, la prévention et les bonnes pratiques de soins en EHPAD, à tous les professionnels,
- de favoriser les études et la recherche clinique: financement de PHRC sur la maladie d'Alzheimer, programme de l'INSERM portant sur l'impact du dépistage et du diagnostic précoce dans les détériorations cognitives et travaux sur les stratégies de prise en charge.

3. Plan maladie Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012

Pourquoi un plan ?

La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées progressent inexorablement avec l'âge : **à partir de 85 ans, une femme sur 4 et un homme sur 5 sont touchés.**

Après un premier programme d'actions 2001-2005, un deuxième plan 2004-2007, il n'est toujours pas possible d'identifier un saut qualitatif et quantitatif dans la prise en charge des personnes concernées, la recherche ou l'acceptation sociale de la maladie. L'amélioration de la prise en charge de la maladie d'Alzheimer et de ses conséquences est une priorité pour la France. Centré sur la personne malade et doté de moyens spécifiques, le Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 a pour objectif de fournir un effort sans précédent sur la recherche, de favoriser un diagnostic plus précoce et d'assurer une meilleure prise en charge des patients et de leur famille. Il doit permettre de progresser dans la recherche sur les mécanismes de la maladie, dans le diagnostic et l'organisation des soins ainsi que dans l'accompagnement médico-social.

Objectif de la LPSP

n° 63 : maladie d'Alzheimer, limiter la perte d'autonomie des personnes malades et le retentissement sur les proches.

Objectifs du plan

Le plan est décliné en quarante-quatre mesures dont dix mesures phares autour de trois axes

1. « Améliorer la qualité de vie des malades et des aidants », c'est-à-dire apporter un soutien accru aux aidants, renforcer la coordination entre les intervenants,

permettre aux personnes atteintes et à leurs proches de choisir le soutien à domicile, améliorer l'accès aux soins et optimiser le parcours de soins, améliorer l'accueil en établissement pour une meilleure qualité de vie des personnes atteintes d'Alzheimer, valoriser les compétences et développer les formations des professionnels.

2. « Connaître pour agir », c'est-à-dire fournir un effort sans précédent pour la recherche et organiser un suivi épidémiologique.

3. « Se mobiliser pour un enjeu de société », c'est-à-dire informer et sensibiliser le grand public, promouvoir une réflexion et une démarche éthique et faire de la maladie Alzheimer une priorité européenne.

Principales mesures

Pour améliorer le diagnostic

mesure n° 8 : Élaboration et mise en œuvre d'un dispositif d'annonce et d'accompagnement.

mesure n° 13 : Renforcement des consultations mémoire à forte activité.

Pour mieux soigner et mieux accompagner

mesure n° 4 : Labellisation sur tout le territoire de « portes d'entrée unique » les « maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer » (MAIA).

mesure n° 5 : Mise en place de « coordonnateurs » sur l'ensemble du territoire.

mesure n° 6 : Renforcement du soutien à domicile, en favorisant l'intervention de personnels spécialisés.

mesure n° 16 : Création ou identification, au sein des EHPAD, d'unités adaptées pour les patients souffrant de

troubles comportementaux.

mesure n° 19 : Identification d'un « centre national de référence pour les malades Alzheimer jeunes ».

Pour aider plus et mieux

mesure n° 1 : Développement et diversification des structures de répit.

mesure n° 35 : Mise en place d'un numéro unique et d'un site Internet d'information et d'orientation locale.

Pour chercher plus vite

mesure n° 21 : Création d'une fondation de coopération scientifique pour stimuler et coordonner la recherche scientifique.

Principaux partenaires

Ministères du Travail, des Relations sociales, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, secrétariat d'État à la Solidarité ; la HAS et les agences sanitaires (INPES, Afssaps, InVS...), la Caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie, France Alzheimer, le Conseil national des retraités et personnes âgées, le Collectif Alzheimer, la Fondation Médéric Alzheimer, les entreprises du médicament, l'assemblée des départements de France, les caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professions de santé...

Financements

Coût estimé total, 1,6 milliard d'euros, dont 300 millions d'euros dès 2008 (le financement est assuré par l'État, l'assurance maladie et la Caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie):

- volet médico-social : plus d'1,2 milliard d'euros,
- volet sanitaire (hors recherche clinique) : 226 millions d'euros,
- volet recherche : 201 millions d'euros.

Modalités de suivi

- Une mission de pilotage restreinte de quatre personnes présidée par un inspecteur général des finances est chargée par le président de la République d'animer et de coordonner la mise en œuvre du Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012 et d'en assurer l'évaluation.
- Un correspondant spécifique au sein du cabinet de chaque ministère concerné et un pilote identifié et responsable pour chacune des 44 mesures.
- Un comité de pilotage du plan, composé de chacun des pilotes institutionnels autour de la mission de pilotage, qui se réunit mensuellement.
- Un comité de suivi, composé des membres du comité de pilotage et de l'ensemble des partenaires, notamment

associatifs, qui se réunit 2 fois par an.

- Une réunion trimestrielle des ministres concernés.
- Un compte rendu régulier de l'état d'avancement au président de la République.
- Un site Internet www.plan-alzheimer.gouv.fr

Évaluation

Des indicateurs simples en nombre limité prévus pour chaque mesure lors de l'élaboration, du plan.

Une actualisation du tableau des indicateurs (évaluation) est effectuée tous les six mois, notamment à l'occasion du comité de suivi.

Une évaluation finale prévue à l'issue du Plan qui devrait se traduire notamment par le renouvellement de l'enquête d'opinion en population générale confiée à l'INPES.

Voir aussi

Plan national bien vieillir 2007-2009

Plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins 2009-2013

Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008

Lien d'accès Internet au plan

<http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/medias/m/cms/article/alzheimer/0/9/9/9/9/0/plan-alzheimer-2008-2012.pdf>

Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012

DGOS, bureau des prises en charge post aiguës en pathologies chroniques, santé mentale « R4 »

DGS, bureau des cancers, des maladies chroniques et du vieillissement « MC3 »

PLANS OU PROGRAMMES ANTÉRIEURS :

Plan triennal de développement des soins palliatifs (1999-2001).

Programme national de développement des soins palliatifs (2002-2005).

Mesure 43 du plan Cancer 2003-2007 relative au soutien du développement des soins palliatifs

Pourquoi un plan ?

La loi du 9 juin 1999 garantit le droit à l'accès aux soins palliatifs au sein des institutions sanitaires ou médico-sociales, comme à domicile. Le caractère obligatoire de la réponse aux besoins de soins palliatifs est réaffirmé par l'ordonnance du 4 septembre 2003 qui les inscrit dans les schémas d'organisation sanitaire. La loi du 22 avril 2005 (dite loi Leonetti) relative aux droits des malades et à la fin de vie précise les obligations en la matière pour les établissements de santé et les étend aux « établissements et services sociaux et médico-sociaux ».

Au sein des établissements de santé, les prises en charge en soins palliatifs s'organisent en plusieurs niveaux, auxquels viennent s'ajouter si besoin le recours à une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) intervenant en appui des professionnels. Le premier niveau est un accompagnement palliatif dans un service hospitalier sans lit identifié. Les lits identifiés de soins palliatifs (LISP) constituent le deuxième niveau, par l'application d'une démarche palliative spécifique au sein des services non totalement dédiés aux soins palliatifs mais confrontés à des fins de vie ou des décès fréquents. Les LISP contribuent ainsi, avec les EMSP, au développement transversal de la démarche palliative dans les établissements de santé. Le recours aux unités de soins palliatifs (USP) concerne les personnes présentant les situations les plus complexes de fin de vie, en termes de soins ou d'éthique.

L'hospitalisation à domicile (HAD) est un acteur essentiel de l'organisation des soins palliatifs au domicile qui peut également être amenée à intervenir, de même que les EMSP, dans les établissements accueillant des personnes âgées. Les réseaux de santé ayant une activité en soins palliatifs jouent un rôle central dans l'organisation de l'offre, ils coordonnent les acteurs et facilitent la fluidité des passages entre les niveaux de prise en charge.

Si elle demeure en deçà de la demande et reste toujours caractérisée par des inégalités régionales, l'offre de soins palliatifs hospitalière a connu ces dernières années un développement constant. À la fin de l'année 2007, on comptait en France métropolitaine et dans les DOM 3 075 LISP. On dénombrait également 937 lits d'USP et l'on disposait donc d'un total de 4 012 lits de soins palliatifs au sein des établissements de santé. Ainsi le nombre total de lits en soins palliatifs a doublé tous les trois ans depuis 2001 : + 98% de 2001 à 2004, puis +94% entre 2004 et 2007). Fin 2007, les établissements de santé français comptaient 340 équipes mobiles de soins palliatifs (+7% depuis 2004) et le territoire disposait d'une centaine de réseaux de soins palliatifs ou de lutte contre la douleur. En termes d'activité, en ajoutant aux données des services hospitaliers de court séjour de 2007 l'activité palliative

développée en services de suite et rééducation (SSR), le nombre de séjours relevant des soins palliatifs s'avère supérieur à 100 000, que ces derniers se déroulent dans des lits identifiés de soins palliatifs, d'unités de soins palliatifs, ou d'autres lits des établissements de santé.

En matière de dépenses, si l'on ajoute aux dépenses des groupes homogènes de séjour de soins palliatifs du court séjour, les montants correspondant aux soins palliatifs en SSR et en USLD, on peut estimer la dépense globale consacrée aux soins palliatifs (hors réseaux et hors HAD) à près de 800 millions d'euros.

Au-delà des aspects quantitatifs, il convient de rappeler que le développement de la démarche palliative implique de disposer de personnels de santé fortement motivés et formés aux soins palliatifs et à la douleur. On peut ainsi avancer l'idée que le développement des soins palliatifs relève moins des structures que d'une culture.

Objectifs du plan**Le programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 comporte trois axes**

1. *La poursuite du développement de l'offre hospitalière et l'essor des dispositifs extra-hospitaliers.*
2. *L'élaboration d'une politique de recherche et de formation.*
3. *L'accompagnement offert aux proches*

Principales mesures**Quatre thématiques témoignent de l'esprit du programme de développement des soins palliatifs 2008-2012**

- Le développement de la démarche palliative en dehors des structures hospitalières : augmentation ou renforcement des réseaux de santé ayant une activité en soins palliatifs, de même que des équipes mobiles de soins palliatifs intervenant au sein des établissements médico-sociaux. L'expérimentation de maisons d'accompagnement traduit également l'attention accordée au souhait légitime des Français de choisir le lieu de leur fin de vie. En parallèle, les dispositifs hospitaliers doivent poursuivre leur développement pour permettre des prises en charge graduées adaptées aux patients.
- La recherche et la formation constituent des leviers essentiels du développement de la démarche palliative. La politique de formation concerne la formation initiale et continue des professionnels, mais elle vise également les bénévoles, de même que les aidants et les proches.



- L'amélioration de la qualité de l'accompagnement notamment en matière de soins palliatifs pédiatriques qui restent actuellement peu structurés au plan national et régional.
- L'amplification de la diffusion de la culture palliative grâce à l'utilisation d'outils de communication et d'information à destination des professionnels et du grand public.

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011

Lien d'accès Internet au plan

Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012

<http://www.sfap.org/pdf/0-K2-pdf.pdf>

Principaux partenaires

DGOS, DGS, DGCS, DSS, CNAMTS, CNSA, ARH, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Financements

Au total le gouvernement mobilisera 229 M€ au titre des dépenses d'assurance maladie (sanitaires et médico-sociales) pour atteindre l'objectif fixé d'un doublement de la prise en charge.

Modalités de suivi

Le comité national de suivi du développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie est chargé de suivre la mise en œuvre du programme.

Textes

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

Circulaire n°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

Circulaire n°DHOS/O2/O3/CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs.

Circulaire DHOS/O2 n° 035601 du 5 mai 2004 relative à la diffusion du guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements.

Instruction n° DGOS/R4/DGCS/2010/275 du 15 juillet 2010 relative aux modalités d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les EHPAD.

Voir aussi

Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010

Pourquoi un plan ?

15 millions de personnes, près d'un Français sur quatre, sont atteintes de maladies chroniques en France. Tous régimes confondus, 9,4 millions de personnes disposent d'une prise en charge en affection de longue durée (ALD). Une maladie chronique est une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves. Dans le cadre de ce plan, les maladies chroniques sont définies par la présence d'une cause organique, psychologique ou cognitive, une ancienneté de plusieurs mois et le retentissement de la maladie sur la vie quotidienne. Les maladies chroniques comprennent :

- des maladies comme l'insuffisance rénale chronique, les bronchites chroniques, l'asthme, les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, des maladies lourdement handicapantes, comme la sclérose en plaques ;
- des maladies rares, comme la mucoviscidose, la drépanocytose et les myopathies ;
- des maladies transmissibles persistantes, comme le sida ou l'hépatite C ;
- enfin, la douleur chronique, ou les conséquences de certains actes chirurgicaux comme les stomies.

Les conséquences d'une maladie chronique sur la vie quotidienne d'une personne sont considérables : elle peut entraîner des difficultés à suivre la scolarité ou une formation, un refus d'assurance ou d'emprunt, une limitation de la pratique du sport et d'autres activités nécessaires à l'équilibre personnel ainsi que des handicaps parfois lourds. Le traitement ou la prévention de certaines de ces maladies ont fait l'objet de plans nationaux de santé publique, mais la qualité de vie des patients n'avait pas été prise en compte de façon spécifique. L'originalité de ce plan tient donc à sa transversalité.

Objectifs du plan

Pour répondre à ces défis, le plan a quatre objectifs stratégiques

1. Aider chaque patient à mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer.
2. Mieux intégrer la prévention dans la pratique.
3. Faciliter la vie quotidienne des malades.
4. Mieux connaître les besoins.

Principales mesures

Selon le dernier rapport d'activité paru, daté du mois de juin 2010, 80% des actions prévues dans le plan ont été menées ou initialisées.

L'une des mesures phares du plan est le développement de l'éducation thérapeutique, en ville et à l'hôpital.

Depuis la loi du 21/07/2009, l'éducation thérapeutique du patient dispose d'un cadre structuré et harmonisé au plan national (articles L1161-4 du Code de la Santé Publique).

Cela implique une formation des professionnels de santé amenés à intervenir auprès des patients et une sensibilisation à la dimension éthique de la prise en charge et de l'accompagnement des personnes atteintes de maladies chroniques. Les programmes d'éducation thérapeutique doivent ainsi tenir compte des besoins des patients et s'appuyer sur l'expertise des associations de patients. Les mesures correspondantes sont :

- impliquer les patients et associations dans l'élaboration des recommandations aux soignants ;
- intégrer à la formation médicale l'éducation thérapeutique du patient ;
- rémunérer l'activité d'éducation du patient à l'hôpital et en ville ;
- mettre des outils d'éducation thérapeutique à disposition des médecins traitants ;

L'association nationale de formation des personnels hospitaliers (ANFH) a lancé avec le soutien de la DGOS et de la DGS deux niveaux de formation en ETP. La DGOS a déjà renforcé la formation spécifique à l'ETP dans le programme de formation initiale des infirmiers et des psychomotriciens. La CNAMTS finance, par le biais du fonds nations de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS), un appel à projets de plus de 3 millions d'euros pour promouvoir des actions d'éducation thérapeutique en médecine ambulatoire. En fin, 9 projets associatifs ont été soutenus par la DGS afin d'expérimenter « les conditions et modalités d'intervention des patients dans les programmes d'éducation thérapeutique du patient ».

En matière d'accompagnement personnalisé des malades, le programme SOPHIA, coordonné par la CNAMTS en faveur de personnes atteintes de diabètes de type I et II concerne désormais 53 000 personnes et plus de 7 300 médecins traitants.

Le plan agit aussi sur

- l'amélioration des conditions sociales, de l'insertion professionnelle et de l'accès aux droits des patients (nouveau certificat médical pour personnes handicapées, paru au bulletin officiel santé-protection sociale-solidarité)

rités n°2009/04 du 15 mai 2009), avec notamment l'expérimentation de l'élargissement des missions du correspondant handicap dans les entreprises aux personnes atteintes de maladies chroniques ;

- le développement des prises en charge à domicile et du rôle des aidants autres que familiaux: doubler le nombre de places en appartements de coordination thérapeutique (jusqu'à 1800), porter le nombre de places en HAD à 15000, élargir le droit à la réalisation de certains gestes techniques par les aidants familiaux et les professionnels de santé ;
- la recherche sur le plan épidémiologique et sur la « qualité de vie » des personnes atteintes de maladies chroniques, par le biais du programme hospitalier de recherche clinique, la production de données épidémiologiques (personnes greffées d'un rein, personnes diabétiques, personnes souffrant d'hémophilie...).

Principaux partenaires

DSS, DGCS, DGOS, Direction des Sports
INPES, HAS, InVS, IReSP, AFSSAPS, CNAMTS, MSA, RSI, CNSA, associations de patients, Mutualité Française, organismes ordinaires, sociétés savantes...

Financements

Coût estimé du plan: 726,7 millions d'euros dont 10,6 M€ au titre de la loi de finances et 716,1 M€ au titre de la LFSS.

Modalités de suivi

Instances

Comité de suivi

Le comité de suivi réunit 60 membres et comprend notamment des représentants des associations de malades, des sociétés savantes, des partenaires institutionnels. Le comité se réunit au moins deux fois par an.

Il suit la mise en œuvre des mesures du plan, il analyse les éventuelles difficultés et fait des propositions d'actions au ministre chargé de la Santé.

Quatre groupes de travail

- Groupe n° 1:** Programmes d'accompagnement personnalisé des patients et éducation thérapeutique.
- Groupe n° 2:** Rôle des aidants et acteurs de santé.
- Groupe n° 3:** Accompagnement social des patients.
- Groupe n° 4:** Approche régionale et proximité avec le terrain.

Équipe pilote

Elle réunit régulièrement les présidents et coprésidents des groupes de travail et les référents des directions concernées. Elle assure la préparation, la mise en œuvre et le suivi de l'avancement du plan.

Outils de suivi

Un rapport annuel est remis par le comité de suivi au ministre chargé de la Santé.

Textes

Code de la santé publique : articles L1161-1 à L1161-4
Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'ETP

Décret n° 2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP

Voir aussi

Plan national de lutte contre le cancer 2009-2013

Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive: « connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO » 2005-2010

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

Plan d'actions stratégiques : politique de santé pour les personnes placées sous main de justice 2010/2014

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

Plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010/2014

Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008/2012

Programme national nutrition santé 2006/2010

Plan Santé au Travail 2010/2014

Lien d'accès Internet au plan

http://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf

http://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_annuel_du_comite_de_suivi_2009_juin_2009_.pdf (juin 2010)

Actes du colloque des 22 et 23 octobre 2009 : Mieux vivre avec une maladie chronique

Actes du colloque du 9 juin 2008 : Accompagnement et éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques : quels enjeux ? quelles perspectives de développement ?

http://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_actes_du_colloque.pdf

PLANS ANTÉRIEURS :

Programme national d'actions contre la douleur 1998-2000.

Programme national d'actions contre la douleur 2002-2005.

Pourquoi un plan ?

Parmi les douleurs, les douleurs chroniques rebelles sont sources d'incapacités, de handicaps et d'altérations majeures de la qualité de vie. 31,7% des Français présenteraient des douleurs chroniques. Pour les représentants des usagers, la douleur est le symptôme prioritaire des maladies chroniques. La douleur physique et la souffrance morale ressenties à tous les âges de la vie rendent plus vulnérables encore les personnes fragilisées par la maladie. Ainsi, jusqu'à 80% des personnes résidentes en EHPAD éprouvent au moins une cause de douleur.

En 2002, la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a reconnu le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne.

Il est inscrit parmi les objectifs à atteindre dans le rapport annexé à la loi relative à la santé publique du 9 août 2004, qui constitue une priorité des pouvoirs publics.

La douleur est donc un enjeu de santé publique essentiel. Sa prise en charge est un critère de qualité pour l'évolution d'un système de santé.

La transversalité de la problématique « douleur » fait que son intégration avec d'autres plans de santé publique (maladies chroniques, cancer, santé mentale, Alzheimer, etc.) est à poursuivre.

Objectifs de la LPSP

n° 31 : « prévenir la douleur d'intensité modérée et sévère dans au moins 75% des cas où les moyens techniques actuellement disponibles permettent de le faire, notamment en post-opératoire, pour les patients cancéreux (à tous les stades de la maladie), et lors de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique des enfants »,

n° 32 : « réduire l'intensité et la durée des épisodes douloureux chez les patients présentant des douleurs chroniques rebelles, chez les personnes âgées et dans les situations de fin de vie ».

Objectifs du plan**Dans le cadre du plan national d'amélioration de la prise en charge de la douleur, quatre priorités ont été définies**

Elles sont déclinées en dix objectifs, comme suit :

Priorité 1 : améliorer la prise en charge des douleurs des populations les plus vulnérables notamment des enfants et des adolescents, des personnes polyhandicapées, des personnes âgées et en fin de vie :

Objectif 1 : poursuivre l'amélioration de la prise en charge des douleurs aiguës,

Objectif 2 : mieux dépister et traiter les douleurs liées aux

maladies chroniques des enfants et des adolescents,

Objectif 3 : améliorer le repérage, l'évaluation, le diagnostic et le traitement de la douleur des personnes âgées,

Objectif 4 : favoriser la qualité de vie des personnes âgées en diminuant le retentissement de la douleur sur la vie quotidienne,

Objectif 5 : mieux prendre en compte l'accompagnement de la fin de vie.

Priorité 2 : Améliorer la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé pour mieux prendre en compte la douleur des patients :

Objectif 6 : permettre la reconnaissance de la prise en charge de la douleur par les professionnels de santé.

Priorité 3 : améliorer les modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité :

Objectif 7 : accompagner dans des conditions de sécurité et de qualité le développement de la prise en charge médicamenteuse des douleurs,

Objectif 8 : améliorer les connaissances sur les méthodes non médicamenteuses de prise en charge des douleurs.

Priorité 4 : structurer la filière de soins de la douleur, en particulier pour la prise en charge des douleurs chroniques rebelles :

Objectif 9 : accompagner et structurer le développement de la prise en charge des douleurs chroniques dites rebelles,

Objectif 10 : promouvoir une démarche active et concertée de lutte contre la douleur.

Principales mesures**Formation initiale et continue**

- Création et diffusion d'un outil de formation, intitulé « Douleur chez la personne âgée. Outils d'évaluation et aide à la décision », aux institutions concernées et mise en œuvre d'une action nationale de formation en 2007.
- Création et diffusion d'un outil de formation, intitulé « Les soins palliatifs en EHPAD », aux institutions concernées.
- Création d'un DESC (diplôme d'enseignement spécialisé complémentaire) « Médecine de la douleur et médecine palliative » en 2007.
- Actualisation et diffusion du guide « La douleur en questions ».

Recherche et diffusion de bonnes pratiques

- Réalisation de recherches cliniques sur des méthodes non pharmacologiques de prise en charge des douleurs.
- Élaboration, par la HAS de recommandations sur les principes de fonctionnement des consultations de prise en charge de la douleur chronique rebelle et sur l'éligibilité

des patients à bénéficier d'un traitement à visée antalgique spécifique à leur domicile.

- création d'un outil de diagnostic de la douleur pour la médecine de ville.

Prise en charge thérapeutique

- Renforcement en personnels et amélioration des locaux des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle,
- Création d'un GHS (Groupe homogène de séjour) « douleur chronique rebelle ».
- Renforcement de la prise en charge pédiatrique grâce au financement de vacations pédiatriques ;
- Renforcement général des structures spécialisées de prise en charge de la douleur chronique en ressources humaines (équivalent de postes en temps plein de 100 médecins attachés, 26 praticiens hospitaliers, 30 psychologues et 38 infirmières) ;
- Rénovation de l'équipement et de l'aménagement des locaux des structures spécialisées de prise en charge de la douleur chronique ;
- Requalification de la MIG (Mission d'intérêt général) « douleur chronique »,
- Actualisation du cahier des charges de 1998 des structures spécialisées de prise en charge de la douleur. Il sera proposé aux ARS début 2011 pour identification des nouvelles structures fin 2011.
- Réalisation d'études sur l'évolution de la consommation des médicaments de la douleur et suivi des médicaments traceurs de la prise en charge de la douleur à l'hôpital et en ville.
- Généralisation d'un indicateur national d'évaluation de la traçabilité de la douleur chez les patients hospitalisés : les premiers résultats montrent que 40% de traçabilité en 2008 dans les dossiers et 52% en 2009 montrent le besoin de renouveler la sensibilisation sur l'évaluation également sur les soins aigus. Cet indicateur fait partie des indicateurs devant être obligatoirement affiché au sein de l'établissement de santé, sous peine de sanction financière. Les résultats sont disponibles sur le site platines.sante.gouv.fr.

Principaux partenaires

AFSSAPS, INCa, HAS, INSERM; URML, CISS; SFETD (Société française d'étude et de traitement de la douleur), SFAP (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs), SFGG (Société française de gériatrie et gérontologie), FFP (Fédération française de psychiatrie), SFP (Société française de pédiatrie).

Financements

Coût estimé du plan: 26,74 millions d'euros sur 5 ans dont:

- 3 425 000 euros pour la priorité 1,

- 55 000 euros pour la priorité 2,
- 420 000 euros pour la priorité 3,
- 22,84 millions d'euros pour la priorité 4.

Financeurs: CNAMTS, État.

Modalités de suivi

Comité national de suivi du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur

Composé de représentants de la DGOS, DGS, DGCS, DREES, de sociétés savantes, de syndicats, d'associations, de l'AFSSAPS, de la HAS, de l'INCa, du Centre national de ressources de la douleur et de personnalités qualifiées, les missions de ce comité national de suivi incluent le suivi des actions du plan, l'articulation avec les mesures existant dans d'autres plans de santé publique, notamment des plans « cancer », « maladies chroniques », « soins palliatifs ». Le comité de suivi émet également des propositions pour le renforcement des actions et sur les méthodes d'évaluation du plan. Il s'est réuni 4 fois depuis sa création.

Evaluation

La DGOS en concertation avec le cabinet a sollicité le Haut Conseil de la Santé publique (HCSP) pour procéder à l'évaluation du plan et faire des propositions. Les résultats sont attendus fin du premier trimestre 2011.

Textes

Arrêté du 3 avril 2008 relatif aux missions et à la composition du comité de suivi du Plan national d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010.

Voir aussi

Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012
Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011
Plan national bien vieillir 2007-2009

Lien d'accès Internet au plan

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/prog_douleur/doc_pdf/plan_douleur06_2010.pdf <http://www.sante.gouv.fr/la-douleur.html>

<http://www.sante.gouv.fr/les-enseignement-de-l-indicateur-de-tracabilite-de-l-evaluation-de-la-douleur-trd.html>

Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive : « connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO » 2005-2010

DGS, bureau des cancers, des maladies chroniques et du vieillissement « MC3 »

Pourquoi un plan ?

La broncho-pneumopathie chronique obstructive est une maladie respiratoire chronique. Longtemps peu symptomatique, elle débute par une toux et une expectoration matinale, progressivement s'installe une diminution irréversible des débits aériens à l'effort puis au repos. À un stade avancé, la maladie entraîne une insuffisance respiratoire.

En France, elle concerne plus de 3 millions de personnes de plus de 45 ans, dont 100 000 présentent des formes sévères de BPCO nécessitant une oxygénothérapie et/ou une ventilation à domicile. Cette maladie est responsable de 16 000 décès chaque année.

Cette pathologie est liée au tabagisme dans 80 % des cas, et aux expositions professionnelles pour 20 % des cas. La fréquence de la broncho-pneumopathie chronique obstructive croît de façon alarmante depuis 20 ans, et suit la progression de la consommation de tabac.

Trop souvent, les patients vont consulter tardivement leur médecin, car ils ne s'inquiètent pas de la survenue progressive de la gêne respiratoire, qui est le premier signe de cette maladie, ce qui en retarde d'autant le diagnostic et donc la prise en charge. Les deux tiers des malades ignorent leur pathologie. Enfin, la prise en charge est souvent déficiente en raison d'un recours insuffisant à l'éducation thérapeutique et à la réhabilitation respiratoire qui sont pourtant primordiales pour limiter la dégradation progressive des fonctions respiratoires. Cette maladie impose une prévention ciblée, un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée.

Le plan a été élaboré par la DGS en concertation avec les professionnels de santé et les représentants des malades qui avaient remis un rapport préliminaire sur la maladie.

Objectifs de la LPSP

n^{os} 2, 3, 4 (trois objectifs relatifs à la consommation de tabac) et 76 : « réduire les limitations fonctionnelles et les restrictions d'activité liées à la BPCO et ses conséquences sur la qualité de la vie ».

Objectifs du plan

Le programme définit deux objectifs généraux

- *Diminuer, à terme, la fréquence de la BPCO dans la population générale*, par la mise en place d'une politique de prévention visant à réduire les facteurs de risque de la maladie, particulièrement l'exposition tabagique et professionnelle.
- *Diminuer la mortalité évitable, les hospitalisations*, réduire le handicap respiratoire et améliorer la qualité de la vie et l'insertion socioprofessionnelle des malades par un dépistage, un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée.

Le programme est articulé autour de six axes stratégiques

Axe 1 : Développer les connaissances épidémiologiques sur la BPCO.

Axe 2 : Soutenir la recherche sur la BPCO.

Axe 3 : Prévenir la BPCO dans la population générale.

Axe 4 : Renforcer la formation et l'information des professionnels de santé sur la BPCO.

Axe 5 : Améliorer l'accès aux soins, le diagnostic précoce et la qualité de la prise en charge des malades atteints de BPCO.

Axe 6 : Développer l'information, l'accompagnement et le soutien des malades et de leur entourage, en lien avec les associations de patients.

Principales mesures

Amélioration des connaissances épidémiologiques

- Étude de l'InVS publiée en 2007 sur la mortalité par BPCO.
- Étude épidémiologique sur la BPCO pilotée par la DGS en 2007 dans trois régions qui a permis de mettre en évidence de fortes disparités régionales en termes de morbi-mortalité et de souligner la nécessité de faire de la BPCO une priorité de santé publique dans certaines régions de France (Nord, Est, région Rhône-Alpes et Grand Ouest).

Campagnes de sensibilisation ciblant le grand public et les professionnels de santé

Campagnes menées annuellement depuis 2004, en lien avec les professionnels de santé et les associations de patients

Elles visent à informer sur les maladies respiratoires obstructives (asthme et BPCO) et à promouvoir le dépistage généralisé des anomalies du souffle :

- campagne « Capital Souffle, prenez votre souffle en main », en 2005, 2006, 2007, 2008,
- campagne « Destination respiration », en 2006.

Formation

- Soutien à des programmes de formation initiale des médecins et infirmiers sur la BPCO par le « patient formateur ».
- CD de formation sur les explorations fonctionnelles respiratoires.
- Mise en place de programmes de formation continue pour les personnels hospitaliers sur l'asthme et la BPCO soulignant les besoins d'éducation thérapeutique et les enjeux des maladies respiratoires chroniques.



**Programme d'actions en faveur de la bronco-pneumopathie chronique obstructive:
« connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO » 2005-2010**
DGS, bureau des cancers, des maladies chroniques et du vieillissement « MC3 »

- Colloque « BPCO et travail » le 21 décembre 2007 réunissant au ministère de la Santé, sous l'égide de la DGS et la DGT, plus de 250 médecins.
- Élaboration d'une fiche action destinée aux médecins du travail.

Amélioration de la prise en charge et de l'éducation thérapeutique

- Élaboration de référentiels de prise en charge des patients atteints de BPCO et de protocoles nationaux de diagnostic et de soins.
- Financement et participation à un programme pilote d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de BPCO.

Principaux partenaires

InVS, CNRS, INSERM, INPES ; Fédération française de pneumologie.

Financements

Coût estimé du plan : pas de coût estimé.

Financeurs : État.

Modalités de suivi

Suivi des actions mis en place par le biais d'un tableau de bord.

Évaluation

Évaluation à la fin du programme en 2010.

Voir aussi

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011
Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011
Plan national de lutte contre le cancer 2009-2013

Lien d'accès Internet au plan

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/plan_bpc0.pdf



RISQUES INFECTIEUX ●●●

PLANS ANTÉRIEURS : Plan national de lutte contre le VIH/SIDA 2001/2004

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

Pourquoi un plan ?

Près de 7000 nouvelles contaminations par le VIH se produisent chaque année, dont la quasi-totalité à la suite d'un contact sexuel, qu'il s'agisse d'un rapport hétérosexuel ou homosexuel. La contamination par usage de drogue injectable concerne pour sa part 1% des cas de nouvelles contaminations. En termes de prévalence, on estimait à la fin 2008 le nombre de personnes vivant avec le VIH à environ 144 000, mais de 40 à 50 000 personnes seraient atteintes sans le savoir.

Ces données épidémiologiques justifient la double ambition du plan de lutte contre le VIH/sida et les IST. Il convient en effet :

de banaliser le dépistage en direction de la population générale et de renforcer l'action publique spécifique en faveur de certains publics particulièrement vulnérables en raison de la variété des populations touchées et des modes de contamination

Le plan a également pour objectif de réduire la transmission d'autres infections sexuellement transmissibles (syphilis, gonococcies, infections à chlamydiae...) dont la prévalence tend à augmenter ces dernières années.

Ce plan tient compte de nombreuses avis et recommandations qui ont été rendus dans la période récente, parmi lesquels les recommandations de la HAS sur les stratégies de dépistage, le rapport de la mission Lert/Pialoux sur les nouvelles méthodes de prévention, le rapport 2010 du groupe d'experts dirigé par le Pr P Yeni, le rapport de la Cour des comptes sur la politique nationale de lutte contre le sida ainsi que les différents avis du Conseil national du sida.

Il est également issu d'un très large travail de concertation débuté en juin 2009.

Objectifs de la LPSP

n° 36: « Infection VIH-SIDA : réduire l'incidence des cas de sida à 2,4 pour 100 000 en 2008 (actuellement 3,0 pour 100 000) ».

n° 41: « Réduire l'incidence des gonococcies et de la syphilis dans les populations à risque, la prévalence des chlamydioses et de l'infection à HSV2 ».

n° 43: « Infections sexuellement transmissibles : offrir un dépistage systématique des chlamydioses à 100 % des femmes à risque d'ici à 2008 ».

Objectifs du plan

Le plan retient 8 objectifs à atteindre à partir des propositions formulées par le Haut Conseil de Santé Publique

Réduire de 50% l'incidence de l'infection par le VIH
Réduire de 50% en 5 ans l'incidence du SIDA
Réduire de 50% la proportion de personnes découvrant leur séropositivité VIH au stade SIDA
Réduire de 20% la mortalité liée au SIDA
Réduire l'incidence des gonococcies
Réduire l'incidence de la syphilis
Réduire la prévalence des chlamydioses et des infections à Herpes Simplex Virus
Réduire l'incidence et la prévalence de contaminations par papillomavirus

Les mesures du plan sont réparties dans les 5 axes stratégiques suivants :

Prévention, Information et éducation pour la santé

Dépistage

Prise en charge médicale

Prise en charge sociale, et lutte contre les discriminations

Recherche et observation

Les mesures sont également regroupées dans 4 programmes populationnels qui déclinent les axes stratégiques en direction de publics spécifiques :

les populations migrantes ;

les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), les lesbiennes, bi et transsexuel(le)s ;

les personnes usagères de drogues ;

les personnes qui se prostituent.

Pour les personnes détenues, il convient de se référer au plan spécifique (cf « voir aussi »).

Pour les populations des départements d'outre-mer, les actions sont précisées dans un plan spécifique et complémentaire à ce plan national.

Principales mesures

Axe 1 : Prévention, information et éducation pour la santé

Le plan s'appuie pour la première fois sur la stratégie de prévention combinée qui mêle les méthodes de prévention comportementales, l'élargissement des indications traditionnelles du dépistage et l'usage du traitement antirétroviral précoce dans le but de réduire la transmission du VIH. Sont prévues dans ce cadre une série d'actions adaptées à la population générale et un certain nombre d'actions adaptées aux populations spécifiques.

Axe 2 : Dépistage

En matière de dépistage, le « trépied » du dépistage constitue la mesure phare, avec le dépistage dans le système de soin par les professionnels de santé de premier recours, le dépistage par les pairs pour les populations à forte incidence, et la réorganisation du dépistage anonyme et gratuit.

Le dépistage des autres IST, en particulier l'infection à chla-



mydiae, fait également l'objet d'une mesure spécifique.

Axe 3 : *Prise en charge médicale*

Cet axe est dominé par la pertinence de plus en plus grande des traitements précoces, à la fois pour optimiser leur effet sur la santé des personnes et pour réduire la capacité de ces personnes à transmettre l'infection. Afin d'atteindre l'exigence d'un accès de qualité à ces traitements précoces et continus sur l'ensemble des territoires, les mesures retenues visent à la fois à maintenir et développer les structures de prise en charge coordonnées, à l'hôpital et en ville, et à renforcer la qualité de la prise en charge globale. : il s'agit de renforcer les approches pluridisciplinaires et les programmes d'éducation thérapeutique – en coordination avec le plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Cette approche doit contribuer à l'articulation entre soin et prévention, en particulier par la promotion de la prévention positive auprès des personnes touchées.

Axe 4: *Prise en charge sociale et lutte contre les discriminations*

Cet axe vise à améliorer les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH afin d'éviter la précarisation et de faciliter la poursuite du traitement médical. Les différentes mesures concernent l'accès au droit commun en matière de logement et d'insertion professionnelle, la prévention et la compensation des possibles situations de perte d'autonomie liées à la maladie, et visent à assurer l'égalité d'accès aux soins. Enfin, des mesures spécifiques concernent la prise en charge administrative des étrangers concernés par le VIH/Sida/IST.

Axe 5: *Recherche et observation*

Plusieurs axes de recherche sont privilégiés : l'ANRS a élaboré plusieurs priorités concernant la recherche fondamentale, la recherche vaccinale, la recherche en sciences sociales et la recherche clinique. L'important effort de surveillance épidémiologique et les études sur les comportements doivent être poursuivis et adaptés aux évolutions sociétales.

Principaux partenaires

Etat : ministères en charge de la santé, de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur, de la justice, de la cohésion sociale, de la recherche, Assurance maladie, CNSA, INPES, InVS, ANRS.

ARS et COREVIH

Associations : AIDES, SNEG (Syndicat national des entreprises gays), Act Up-Paris, MFPF (Mouvement du Planning Familial Français), Afrique Avenir, Chrétiens et SIDA, Sidaction, Ikambere, Médecins du Monde, SOL EN SI, Dessine-moi un mouton...

Financements

Le financement prévu du plan s'élève à près 954 millions d'euros (hors soins médicaux) répartis entre 554 millions

d'euros à la charge de l'Etat et 400 millions d'euros à la charge de l'Assurance maladie.

Modalités de suivi

La gouvernance du plan est organisée à travers deux comités :

1 - Un comité de pilotage restreint

Composé des directions du ministère en charge de la santé (DGS, DGOS, DREES, DGCS, DSS), des autres ministères concernés (cf. supra), de l'assurance maladie et des agences sanitaires concernées.

Ce comité veille à la mise en œuvre globale du plan, en veillant à la mise en œuvre des mesures prévues, à l'aide d'indicateurs et d'outils de suivi élaborés spécifiquement, en proposant des ajustements nécessaires (au gré des évolutions scientifiques, médicales, législatives ou sociétales...), ainsi qu'en veillant à l'articulation avec les autres dispositifs de santé publique, en particulier les autres plans ou programmes.

2 - Un comité de suivi

Il associe le comité de pilotage et l'ensemble des parties prenantes en particulier les associations et les professionnels. Ce comité contribue à une analyse régulière de l'état d'avancement des mesures et actions du plan et propose les ajustements nécessaires. Il se réunit deux fois par an.

Évaluation

L'évaluation finale du plan est confiée au Haut Conseil de Santé Publique.

Lien d'accès au programme:

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf

Lien d'accès au programme spécifique Outre-mer

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_lutte_contre_le VIH-SIDA_et_IST_2010-2014_DOM.pdf

Voir aussi :

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011

La prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011

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

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011

Plan d'actions stratégiques 2010-2014 : « Politique de santé des personnes placées sous main de justice »

I. Plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins 2009-2013

PLANS ANTÉRIEURS :

Plan d'actions 1995-2000

Ce plan définissait les objectifs de travail du Comité technique des infections nosocomiales.

Il retenait quatre grandes orientations :

- renforcement du dispositif de lutte contre les infections nosocomiales (IN),
- diffusion de recommandations de bonnes pratiques,
- amélioration de la formation des professionnels de santé,
- mise en place d'un programme national de surveillance des IN.

Programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008

Il s'articulait autour de cinq grandes orientations :

- adapter les structures et faire évoluer le dispositif de lutte contre les IN,
- améliorer l'organisation des soins et les pratiques des professionnels,
- optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance et du signalement IN,
- mieux informer les patients et communiquer sur le risque infectieux associé aux soins,
- promouvoir la recherche sur les mécanismes, l'impact, la prévention et la perception des IN.

Un bilan du programme a été réalisé en mars 2009.

Pourquoi un plan ?

Depuis vingt ans, la lutte contre les infections nosocomiales a permis de grands progrès dans les établissements de santé.

Une compréhension plus claire de la circulation des patients entre la prise en charge en ville, l'admission en établissement de santé puis, le cas échéant, l'hébergement transitoire ou définitif dans un établissement médico-social, conduit aujourd'hui à une vision moins purement nosocomiale des infections associées aux soins (IAS), la prévention de celles-ci devant donc se concevoir dans le champ plus large du parcours de soins.

Ce plan permettra ainsi de conforter l'expérience de vingt ans dans les établissements de santé et l'étendre aux autres secteurs de soins que sont le secteur des soins de ville et **des établissements médico-sociaux. Trois programmes sectoriels déclineront ainsi les orientations stratégiques de ce plan**: un programme national de prévention des infections nosocomiales, un relatif à la prévention des infections associées aux soins en établissements médicosociaux prévoyant une évaluation de la maîtrise du risque infectieux associé aux soins dans chaque établissement et des protocoles d'aide à sa gestion, le dernier concernera l'amélioration de la prévention des IAS en soins de ville. Les évolutions prévues dans l'organisation du système de santé au niveau régional, notamment avec la création des agences régionales de santé (ARS) et l'intégration de cette problématique dans leur Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), sont une occasion de favoriser le développement de cette approche élargie.

Objectifs de la LPSP

n° 26 : « réduire la proportion de séjours hospitaliers au cours desquels survient un événement iatrogène de 10 à 7 % ».

n° 27 : « réduire la fréquence des événements iatrogènes d'origine médicamenteuse survenant en ambulatoire et entraînant une hospitalisation, de 130 000 par an à moins de 90 000 d'ici à 2008 ».

n° 28 : « réduire d'un tiers la fréquence des événements

iatrogéniques évitables à l'hôpital et en ambulatoire ». **n° 29** : « réduire les doses d'irradiation individuelle et collective liées aux expositions médicales à visée diagnostique en renforçant la justification des indications et l'optimisation des pratiques ».

Objectifs du plan

Le Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des IAS définit la stratégie nationale en fixant le cadre de la prévention des IAS aux niveaux national, régional et local. Il comprend les modalités d'organisation et les actions structurantes de ces différents niveaux. Il couvre les trois secteurs de soins : établissements de santé, établissements médico-sociaux et soins de ville.

La stratégie nationale est complétée par un programme national spécifique à chaque secteur de soins (établissements de santé, établissements médico-sociaux et soins de ville). Ces programmes ont vocation à définir le contenu de la prévention des IAS.

Principales mesures

Le Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des IAS se structure autour des trois axes stratégiques

- Développer une politique globale de prévention des IAS, prenant en compte les spécificités sectorielles et territoriales.
- Mobiliser les acteurs sur la prévention et la maîtrise des IAS.
- Agir sur les déterminants du risque infectieux associé aux soins.

Axe 1 : Développer une politique globale de prévention des IAS, prenant en compte les spécificités sectorielles et territoriales

- Conforter l'expérience des établissements de santé et l'étendre aux autres secteurs de soins (médico-social et

soins de villes).

- Adapter l'organisation, les moyens et les actions aux spécificités locales et sectorielles.
- Régionaliser la mise en œuvre de la politique de prévention des IAS.

Axe 2: Mobiliser les acteurs sur la prévention et la maîtrise des IAS

- Insérer la prévention des phénomènes infectieux dans la gestion des risques associés aux soins.
- Structurer les procédures de repérage, de signalement et de gestion.
- Renforcer les bonnes pratiques assurant la sécurité des patients.
- Disposer d'un plan de maîtrise des épidémies locorégionales, activable dès le déclenchement de l'alerte.
- Promouvoir l'autoévaluation ou l'évaluation par les pairs des pratiques de soins

Axe 3: Agir sur les déterminants du risque infectieux associé aux soins

- Améliorer les connaissances
- Renforcer la maîtrise des bactéries multi-résistantes
- Promouvoir le bon usage des antibiotiques
- Développer l'analyse des causes de la non qualité des soins (ex : Revue de morbi-mortalité)

Principaux partenaires

ARS, DT, ARH, établissements de santé (hôpitaux locaux, hospitalisation à domicile-HAD), établissements médico-sociaux, URPS (Unions régionales des professionnels de santé), FRPS (Fédérations régionales des professionnels de santé libéraux), CCLIN (centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales), HCSP (Haut conseil de la santé publique) et sa commission spécialisée sécurité des soins, InVS, (Institut de veille sanitaire), Arlin (Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales), Raisin (Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales), directeurs d'hôpitaux.

Modalités de suivi

La mise en œuvre du Plan stratégique national de prévention des IAS a vocation à être progressive, au cours de la période 2009-2013.

Groupes de travail spécifiques

- Dans le cadre de la conférence régionale de santé et de l'autonomie, les ARS peuvent créer une instance dédiée, qui réunit des représentants des différentes catégories d'ac-

teurs des trois secteurs de soins, des usagers et un représentant de l'ARLIN.

- Un groupe de travail constitué notamment par la DGS, l'InVs et des professionnels de la gestion d'événements sanitaires est chargé de préciser les conditions épidémiologiques de déclenchement d'un plan local et régional de maîtrise d'une épidémie.

Des outils de suivi seront mis en place

- Un tableau de bord dans chaque établissement de santé et médico-social et un tableau de bord régional pour les soins de ville, en veillant à rendre comparables des établissements dont le recrutement diffère, en fonction du profil des personnes accueillies et des prises en charge assurées.

- Un tableau de bord régional, pour le pilotage de la politique régionale de prévention des IAS.
- Un tableau de bord national, pour le pilotage de la politique nationale de prévention des IAS.

Les ARS pourront s'appuyer sur les résultats des indicateurs des tableaux de bord et d'autres éléments de l'évaluation (certification/accréditation, inspection...) pour conduire des actions d'accompagnement des acteurs des différents secteurs de soins.

Évaluation

Un comité stratégique est chargé de procéder à une évaluation de la mise en œuvre du plan stratégique, de faire des recommandations à l'administration pour son adaptation et celle de la politique nationale de prévention des IAS, en fonction des résultats et de l'évolution du contexte national, ainsi que de veiller à la cohérence des plans et programmes nationaux avec le plan stratégique et entre eux.

Textes

Circulaire interministérielle DGS/DHOS/DGAS/2009/264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins.

Circulaire DHOS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013.

Loi n° 2209-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Article L. 6111-2 du code de la santé publique.

Articles R. 6111-1 à R. 6111-17 du code de la santé publique.

Arrêté du 14 novembre 2005 portant création du groupe de pilotage du programme national de lutte contre les infections nosocomiales.

Arrêté du 05 mai 2008 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

Circulaire DGS/DHOS/E2 – N° 645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

II. PROGRAMME NATIONAL DE PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES 2009-2013

Le Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013 constitue la déclinaison dans les établissements de santé du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins. Il s'inscrit dans le prolongement du Programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008 sur la base de l'évolution des indicateurs nationaux pour les établissements.

L'enjeu du Programme national de prévention des IN 2009-2013 pour les établissements de santé est de capitaliser les acquis des dix dernières années et de progresser sur des domaines toujours prioritaires : la maîtrise du risque infectieux associé aux dispositifs invasifs et la maîtrise de la résistance bactérienne aux antibiotiques.

Les actions du programme de prévention des IN seront réalisées par les établissements de santé (échelon local) et les échelons régional, inter régional et national.

1. Promouvoir une culture partagée de qualité et sécurité des soins pour améliorer la prévention et la maîtrise du risque infectieux

- Impliquer tous les échelons du management dans la définition de la politique de prévention des infections nosocomiales et gestion du risque infectieux.
- Renforcer la sensibilisation et la formation à la prévention du risque infectieux chez les professionnels des établissements de santé.
- Insérer le thème des infections nosocomiales parmi ceux traités dans les démarches qualité et de gestion des risques au sein des établissements.
- Améliorer la qualité et la sécurité des procédures de soins, notamment invasives, associées à des risques infectieux.
- Renforcer la prévention du risque infectieux soignants/soignés.

2. Optimiser le recueil et l'utilisation des données de surveillance pour prioriser les infections nosocomiales et évaluer les actions de prévention

- Généraliser et renforcer la qualité des méthodes de surveillance.
- Valoriser les données des différentes sources d'informations.

3. Anticiper et détecter l'émergence d'agents pathogènes à potentiel épidémique pour prévenir et maîtriser leur diffusion

- Améliorer la détection des situations d'alerte et promouvoir leur gestion coordonnée.
- Renforcer la prévention de la transmission croisée.

4. Maintenir l'usager au centre du dispositif pour améliorer la transparence et la prise en charge des patients infectés

- Poursuivre le développement de l'information vers le public et les patients.
- Optimiser la qualité de la prise en charge du patient infecté.

5. Améliorer l'organisation du dispositif de prévention des infections nosocomiales pour accroître l'efficacité de la gestion du risque infectieux

- Améliorer la professionnalisation et la lisibilité des structures de prévention des IN à chaque échelon.
- Renforcer la structuration de la prévention des IN.
- Favoriser l'articulation des démarches de prévention des IN avec celles des autres risques associés aux soins.

6. Promouvoir la recherche sur les infections nosocomiales pour mieux comprendre la survenue des infections et adapter les mesures de prévention

- Promouvoir une organisation et un environnement favorisant le développement de la recherche sur les IN.
- Améliorer les connaissances pour de meilleures stratégies de prise en charge et de prévention des IN.
- Promouvoir la recherche sur l'impact et la perception des IN.

Voir aussi

Plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques 2007-2010

Lien d'accès Internet au programme

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_264_190809-2.pdf

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/programme_prevention_IN_09-13.pdf

PLANS ANTÉRIEURS : « Plan national de lutte contre l'hépatite C- 1999-2002 », « Programme national hépatites C et B- 2002-2005 »

Pourquoi un plan ?

Les deux exercices précédents de programmation nationale (1999-2002, puis 2002-2005) ont permis d'enregistrer des progrès notables dans la lutte contre les hépatites B et C :

- le dépistage des personnes atteintes par le VHC a plus que doublé en 10 ans,
- les mesures et outils de prévention ont permis de réduire le nombre de nouvelles infections,
- la prise en charge médicale des malades et l'accès aux traitements ont considérablement progressé,
- l'Institut de veille sanitaire a mis en place un dispositif de surveillance épidémiologique,
- l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales a évalué, coordonné et financé de nombreux projets de recherche clinique et fondamentale,
- la HAS et l'AFSSAPS ont contribué à l'organisation de conférences de consensus, à l'évaluation et à la mise à disposition de nombreux médicaments ainsi qu'à la diffusion de bonnes pratiques et mises au point.

Toutefois, la situation rend nécessaire un nouveau Plan de lutte contre les hépatites chroniques B et C :

- la transmission virale persiste et il importe de réduire le nombre de nouvelles contaminations évitables ;
- la recherche de personnes infectées doit être augmentée pour éviter la transmission à l'entourage et permettre un accès aux soins plus précoce afin de prévenir les complications, ce d'autant que des traitements efficaces existent ;
- une amélioration de la réponse aux besoins des personnes particulièrement exposées est indispensable et l'identification d'un nouveau marqueur de risque, la précarité, doit être prise en compte ;
- la prise en charge des troubles psychiatriques et des addictions, incluant la consommation d'alcool, ainsi que des effets indésirables du traitement doit être assurée ;
- la proportion de patients atteints d'hépatite C pris en charge en médecine de ville doit augmenter ;
- les interventions des différents professionnels de santé médicaux et non médicaux doivent être mieux articulées ;
- l'éducation thérapeutique du patient le partenariat avec les associations de patients sont à développer.

Objectifs de la LPSP

n° 37 : « réduire de 30 % la mortalité attribuable aux hépatites chroniques : passer de 10-20 % à 7-14 % des patients ayant une hépatite chronique d'ici à 2008 ».

n° 56 : « maintenir l'incidence des séroconversions VIH à la baisse chez les usagers de drogue et amorcer une baisse de l'incidence du VHC ».

Objectifs du plan

Le plan comprend cinq axes stratégiques, quinze objectifs et cinquante-cinq actions.

Principales mesures

Axe 1: Réduction de la transmission des virus B et C

Objectif 1-1 : Renforcer l'information et la communication, notamment en direction des professionnels de santé et par un soutien des associations communautaires.

Objectif 1-2 : Augmenter la couverture vaccinale contre l'hépatite B : information des médecins relative à la vaccination contre l'hépatite B des nourrissons et des enfants ; relance de l'incitation à la sérovaccination des nouveaux-nés dont la mère est infectée par le VHB ; information et communication en direction des hommes ayant des relations homosexuelles ou bisexuelles ; proposition de la vaccination contre l'hépatite B de manière systématique et gratuite aux usagers de drogues consultant dans les CSAPA ; proposition de la vaccination aux personnes originaires de zones de moyenne et forte endémie ; amélioration de la connaissance de la couverture vaccinale des professionnels de santé.

Objectif 1-3 : Renforcer la réduction des risques de transmission chez les usagers de drogues : Éducation à la santé des usagers injecteurs pour réduire les risques de transmission virale.

Objectif 1-4 : Renforcer la prévention de la transmission des virus B et C lors des actes à risque : réglementation relative à la sécurité des actes de tatouage et perçage avec effraction cutanée ; sensibilisation au risque de transmission de l'hépatite C chez les hommes ayant des relations homosexuelles à risque.

Axe 2: Renforcement du dépistage des hépatites B et C

Objectif 2-1 : Créer les conditions d'un recours accru au dépistage des hépatites B et C : étude de faisabilité de recherche des facteurs de risque et du dépistage des hépatites au cours de la consultation d'anesthésie ; inciter les usagers de drogues au dépistage des hépatites B et C et mise en place d'un accompagnement de l'annonce du résultat ; développer l'information et l'incitation au dépistage auprès des personnes originaires de pays à moyenne et forte endémie.

Objectif 2-2 : Améliorer les pratiques de dépistage et diagnostic biologique des hépatites B et C et celles de rendu des résultats : validation des algorithmes de dépistage et de diagnostic biologique des infections par les virus B et C et mise en œuvre.

Axe 3: Renforcement de l'accès aux soins. Amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie

Objectif 3-1 : Optimiser les pratiques médicales et la coordination entre les différents acteurs dans la prise en charge des hépatites B et C : amélioration de la prise en charge des troubles psychiatriques chez les malades atteints d'hépatite C, avant, pendant, après traitement ; amélioration du lien entre dispositif de soins spécialisés des addictions et services de prise en charge des hépatites ; organisation des soins et rôle des différents acteurs dans la prise en charge des malades atteints d'hépatite C.

Objectif 3-2 : Promouvoir les programmes d'éducation thérapeutique du patient.

Objectif 3-3 : Soutenir l'ensemble des actions hors soins



des pôles de référence « hépatite C » : évaluer l'adéquation entre les missions et les moyens des pôles de référence hépatites pour les activités hors soins ; développement de partenariats avec des associations d'usagers et patients.

Objectif 3-4 : Améliorer la formation des professionnels de santé : inscrire les hépatites B et C comme thème prioritaire dans la formation médicale continue.

Axe 4: Mise en place de mesures complémentaires adaptées au milieu carcéral

Amélioration de l'incitation au dépistage des hépatites lors de la visite « entrant » et définition des conditions de son renouvellement ; soutien des personnes malades par un partenariat avec les associations ; réalisation d'une enquête sur la prévalence de l'hépatite virale C, de l'infection à VIH et des traitements de substitution en milieu carcéral ; élaboration d'une circulaire relative à l'amélioration de la prévention, de l'éducation à la santé et de la prise en charge des infections à VHB, VHC et VIH ; évaluation de l'application des recommandations du rapport « Santé-Justice » (2001) en matière de réduction des risques infectieux.

Axe 5: Surveillance et connaissances épidémiologiques ; évaluation, recherche et prospective

Objectif 5-1 : Améliorer la surveillance et les connaissances épidémiologiques.

Objectif 5-2 : Renforcer l'évaluation : évaluation des pratiques professionnelles et de la formation professionnelle en matière de prise en charge de l'hépatite C ; évaluation des stratégies de réduction des risques et des matériels de prévention pour usagers de drogues ; expérimentation des outils de réduction des risques pour usagers de drogues hors injection.

Objectif 5-3 : Développer la recherche et la prospective : modélisation de la morbi-mortalité des hépatites chroniques B en fonction des scénarios thérapeutiques.

Objectif 5-4 : Suivre et évaluer le plan national.

Principaux partenaires

DGOS, DSS, DAP, CNAMTS, ARS, UCSA, InVS, INSERM, ANRS, AFSSAPS, INPES, HAS, sociétés savantes, CSAPA, CAARUD, associations d'usagers, associations de professionnels, ordres professionnels.

Financements

Le coût du plan est évalué à environ 4 millions d'euros par an (16 millions sur la durée du plan) pour ce qui concerne l'État et ses établissements publics concernés par la mise en œuvre de ces nouvelles mesures. Il se répartit entre la DGS (2 M€), CNAMTS (0,7 M€), l'INPES (0,4 M€), ANRS (0,5 M€) et le reste entre l'InVS, l'INSERM et l'AFSSAPS. Par ailleurs, les coûts supportés par l'assurance maladie pour la prise en charge des 126204 personnes en « ALD n° 6 » sont de l'ordre de 1,1 milliard d'euros par an (tous régimes).

Modalités de suivi

Instances

Un comité de suivi et de prospective a été mis en place pour assurer le suivi de la mise en œuvre du plan, sa planification et la cohérence de la réalisation des actions. À ce titre il accompagne le déploiement du plan en région en lien avec la mise en place des agences régionales de santé et des nouveaux plans régionaux de santé. Ce comité est également chargé d'apporter au ministre chargé de la Santé des éléments d'orientation et de stratégie sur la lutte contre les hépatites B et C. Il assure par conséquent, une veille sur les nouvelles méthodes de préventions (primaire et secondaire), de traitements et de prises en charge. Le comité se compose de 46 membres nommés pour 3 ans, dont 17 membres de droit, 7 personnalités qualifiées et 21 représentants des usagers et des professionnels de santé. Ce comité fonctionne avec 1 ou 2 réunions plénières par an.

Un groupe restreint d'animation d'une quinzaine de membres se réunit tous les deux mois et assure l'animation du comité de suivi. Trois groupes de travail (« déploiement du plan en région », « le plan et les différents acteurs », « études et prospective ») sont constitués.

Des propositions remises par le comité de suivi et de prospective font l'objet de validation par la DGS puis soumises à l'avis du ministre chargé de la Santé.

Outils de suivi

Le comité de suivi et de prospective remet chaque année un rapport sur l'état d'avancement de la mise en œuvre du plan et, la dernière année, il en établit le bilan et fait des propositions pour un nouveau plan.

Évaluation

Une évaluation du plan sera programmée en 2011 pour réalisation en 2012. Elle sera confiée éventuellement à un évaluateur externe. Les principaux indicateurs à prendre en compte ont été définis.

Voir aussi

Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011

La prise en charge et la prévention des addictions 2007- 2011

Plan national de lutte contre le cancer 2009-2013

Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007-2011

Plan national de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014

Plan d'actions stratégique 2010-2014 : Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice

Lien d'accès Internet au programme

http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_hepatites_2009_2012.pdf

Pourquoi un plan ?

La tuberculose est une maladie infectieuse due au bacille tuberculeux *Mycobacterium tuberculosis*, aussi appelé bacille de Koch (BK). Elle se transmet d'homme à homme par voie aérienne, à partir des formes respiratoires de la maladie qui sont les plus fréquentes. Une fois dans l'organisme, dans 90% des cas, le bacille tuberculeux reste à l'état quiescent et ne provoque pas de maladie, c'est l'infection tuberculeuse latente. Survenant plusieurs mois et jusqu'à plusieurs années (dans plus de la moitié des cas dans les deux ans) après la contamination, la tuberculose maladie atteint le plus souvent les poumons. Il existe un vaccin contre la tuberculose, le BCG (Bacille de Calmette et Guérin).

L'efficacité du vaccin BCG est estimée entre 75 et 85% pour les formes graves du nourrisson et du jeune enfant, et entre 50 et 75% pour la tuberculose de l'adulte. De 1950 au 17 juillet 2007, la vaccination était obligatoire pour l'ensemble de la population, avant l'entrée en collectivité (crèche, halte-garderie, école).

Ce plan répond au besoin de s'adapter à l'évolution des données épidémiologiques relatives à la tuberculose. La France a connu une diminution progressive de l'incidence moyenne de la tuberculose : de 60/100 000 en 1972 à 8,9/100 000 en 2005. La faible prévalence de cette maladie a entraîné une baisse de l'expérience des professionnels de santé.

Cette diminution est néanmoins très hétérogène selon les groupes de population et les territoires. Les personnes les plus défavorisées et celles originaires de zones de forte endémie (Afrique subsaharienne, Asie et Europe de l'Est) présentent une incidence très élevée. Les régions Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes totalisent plus de la moitié des cas déclarés en France. L'incidence est également particulièrement élevée en Guyane, environ 44/100 000. Ainsi, un des enjeux majeurs du plan est de stabiliser l'incidence globale de la tuberculose en renforçant la stratégie de lutte sur les groupes et zones à risque, comme cela est inscrit dans la LPSP.

De plus, l'évolution de la politique vaccinale (suspension de la vaccination obligatoire et vaccination ciblée des populations à risques) envisagée au moment de la mise en place du comité chargé de l'élaboration de ce plan ne peut se concevoir sans un renforcement des autres axes de la politique de lutte contre la tuberculose.

Enfin, l'élaboration d'un plan doit permettre d'harmoniser les pratiques de soins et de prévention dans le contexte de la recentralisation de la lutte contre la tuberculose.

Objectif de la LPSP

n° 38 : « stabiliser l'incidence globale de la tuberculose en renforçant la stratégie de lutte sur les groupes et zones à risque (10,8 pour 100 000) ».

Objectifs du plan

Les deux objectifs stratégiques du plan sont de stabiliser l'incidence globale de la tuberculose en France et de réduire les inégalités socio-démographiques et territoriales.

Le plan est structuré autour de six axes, déclinés en treize objectifs

Axe 1: Assurer un diagnostic précoce et un traitement adapté pour tous les cas de tuberculose maladie

- Sensibiliser et informer sur la tuberculose.
- Favoriser l'accès aux soins et renforcer la confiance dans le dispositif de soins.
- Garantir la qualité des soins.
- Renforcer l'éducation thérapeutique et faciliter l'observance du traitement.

Axe 2: Améliorer le dépistage de la tuberculose (tuberculose maladie et infections tuberculeuses latentes relevant d'un traitement)

- Renforcer le dépistage de la tuberculose maladie.
- Systématiser les enquêtes autour des cas.

Axe 3: Optimiser la stratégie vaccinale par le BCG (prévenir les formes graves)

Axe 4: Maintenir la résistance aux antibiotiques à un faible niveau

- Diagnostiquer rapidement les multi-résistances.
- Consolider l'aide à la décision et la disponibilité des traitements des tuberculoses multi-résistantes (MR).

Axe 5: Améliorer la surveillance épidémiologique et les connaissances sur les déterminants de la tuberculose

- Améliorer l'exhaustivité et la documentation bactériologique des déclarations.
- Documenter les issues de traitements.
- Développer les connaissances complémentaires à la déclaration obligatoire.

Axe 6: Améliorer le pilotage de la lutte antituberculeuse

- Organiser un pilotage régional de la lutte contre la tuberculose.
- Coordonner les acteurs locaux.

Principales mesures

Informer et sensibiliser sur cette maladie les professionnels de santé, les professionnels concernés et les populations

- Diffusion à tous les médecins généralistes et à tous les pédiatres d'un guide « Repères pour votre pratique », de la collection de l'INPES (travail en cours de l'INPES).



- Organiser des retours d'information vers les médecins après les enquêtes autour de cas et sur les données épidémiologiques de leur zone géographique.

Maintenir l'accès aux soins par la diffusion d'informations sur les droits des populations cibles et des malades

Accompagner les malades dans la prise des traitements

- Développer un outil et des modules de formation à l'éducation thérapeutique pour les soignants au niveau national, puis les adapter au niveau régional.
- Organiser soigneusement la sortie de l'établissement de santé du patient, surtout si le risque de non-observance du traitement est élevé.

Suspension de la vaccination obligatoire et recommandation forte de vaccination des populations à risques

- Évaluer le risque d'exposition à la tuberculose lors du suivi de grossesse.
- Évaluer et discuter de l'indication du BCG lors de la consultation du 8^e jour après la naissance avec mention de la décision dans le carnet de santé de l'enfant.

Développer les outils de pilotage régional de la lutte contre la tuberculose

- Organiser au niveau régional une circulation de l'information, notamment des signalements pour enquêtes et des données d'ordre épidémiologique.
- Généraliser le rapport d'activité à l'ensemble des centres de lutte antituberculeuse.

Développement de partenariats locaux afin d'articuler la lutte contre la tuberculose avec la politique de la ville et les politiques sociales

- Recenser les acteurs locaux de la lutte contre la tuberculose.
- Définir un cahier des charges pour le pilotage en réseau.

Principaux partenaires

InVS, INPES, HCSP, HAS, AFSSAPS; CLAT: centres de lutte antituberculeuse; sociétés savantes; associations.

Financements

Pas de financement spécifique.

Modalités de suivi

Comité de suivi du programme de lutte contre la tuberculose

Composition

Le comité de suivi du programme est composé de 33 membres: les représentants des administrations, des agences de santé, des sociétés savantes et des associations concernées, de la CNAMTS, du HCSP.

Missions

le comité assure le suivi du programme et se réunit en séance plénière au moins deux fois par an.

Textes

Décret du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG.

Circulaire n° DGS/R11/2007/318 du 14 août 2007 relative à la suspension de l'obligation de vaccination par le BCG des enfants et adolescents.

Avis du 9 mars 2007 du Comité technique des vaccinations et du Conseil Supérieur d'hygiène publique de France relatif à la suspension de l'obligation de vaccination par le vaccin BCG chez les enfants et les adolescents.

Circulaire interministérielle n°DGS/MC1/DHOS/O2/DAP/DAGE/RI/2007/272 du 26 juin 2007 relative à la lutte contre la tuberculose en milieu pénitentiaire: prévention, dépistage, continuité du traitement et formation des personnels.

Voir aussi

Plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques 2007-2010

Plan périnatalité: humanité, proximité, sécurité, qualité 2005-2007

Lien d'accès Internet au programme

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/prog_tuberculose_2007_2009.pdf

Pourquoi un plan ?

La rougeole est une des maladies infectieuses les plus contagieuses qui, malgré l'existence d'un vaccin sûr, efficace et accessible, touche plus de 30 millions d'enfants dans le monde. Elle reste la principale cause de décès par maladie à prévention vaccinale (875 000 décès par an). Cette maladie continue à peser lourdement dans la région européenne (OMS) puisqu'en 2000, on y a dénombré 959 000 cas entraînant 7 000 décès. Par ailleurs, si la rubéole est globalement une maladie bénigne, sa survenue au cours de la grossesse peut entraîner une atteinte très grave du fœtus (surdité, cataracte bilatérale, microphtalmie, malformations cardiovasculaires, retard mental).

La prise en compte de ces deux maladies en France est ancienne : en 1966 la première autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le vaccin contre la rougeole a été délivrée, suivie, en 1970, de celle pour le vaccin contre la rubéole. Depuis, le calendrier vaccinal a évolué : recommandation en 1983 des vaccins contre la rougeole et contre la rubéole pour tous les nourrissons, puis en 1986 introduction d'une vaccination triple associée rougeole-rubéole-oreillons. En 1996 une seconde dose du vaccin triple a été recommandée à 11-13 ans, âge abaissé à 3-6 ans en 1997 pour permettre d'éliminer plus rapidement la rougeole. Enfin, depuis 1999, ce vaccin triple est pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie jusqu'à l'âge de 13 ans. La stratégie de lutte contre la rubéole a privilégié la prévention chez la femme en âge de procréer. Ainsi, depuis 1992, un décret impose un dépistage sérologique de la rubéole lors de l'examen prénuptial et lors du premier examen prénatal.

Ces efforts ont abouti à une réduction de la morbidité et de la mortalité liées à ces deux maladies.

Cependant la couverture vaccinale (CV) actuelle, qui stagne autour de 90% à 24 mois (données 2007), reste en deçà de celle qui permettrait l'arrêt de la circulation du virus de la rougeole. En outre, l'insuffisance de la CV favorise les épidémies.

Par ailleurs, si la rubéole congénitale malformative est devenue très rare, c'est au prix d'un certain nombre d'interruptions médicales de grossesse (IMG). Le nombre de nouveau-nés atteints de rubéole congénitale malformative a été de 6 en 2001, 1 en 2002 et 2 en 2003. La stratégie de lutte contre la rubéole a privilégié la prévention chez la femme en âge de procréer.

La rougeole est par ailleurs une maladie théoriquement éradicable par la vaccination, l'homme représentant le seul réservoir du virus. En attendant cette éventualité qui nécessite une mobilisation à l'échelle planétaire, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) s'est fixé comme objectif préliminaire l'élimination de la maladie dans certains pays,

c'est à dire l'absence de transmission à partir d'un cas index. Ce but a déjà été atteint dans la Région des Amériques ainsi que dans certains pays d'Europe où, la Finlande par exemple, n'enregistre déjà plus de cas autochtone de rougeole depuis 1996. La Région Européenne de l'OMS s'est engagée en 1998 dans une politique d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale initialement à l'horizon 2010 (repoussée à l'année 2015) ce qui impose une harmonisation des politiques dans les pays de la région. La France, membre de la Région Européenne de l'OMS a décidé d'entrer dans la démarche initiée par l'OMS en 2005. C'est dans ce cadre qu'un groupe de travail a été constitué afin d'élaborer un plan national d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale.

Objectif de la LPSP

n° 42: « atteindre ou maintenir un taux de couverture vaccinale d'au moins 95 % aux âges appropriés en 2008. »

Objectifs du plan

Les objectifs généraux

1. **Interrompre la transmission endémique** du virus de la rougeole, ce qui correspond à une situation dans laquelle il ne peut plus y avoir de transmission durable du virus et où la propagation secondaire à un cas importé est limitée et cesse d'elle-même, sans intervention,
2. **Interrompre la circulation du virus de la rubéole chez les femmes en âge de procréer** et éliminer les rubéoles congénitales malformatives (RCM),
3. **Atteindre et maintenir un niveau élevé d'immunité** vis-à-vis de ces deux maladies dans la population, grâce à la vaccination.

Les objectifs spécifiques

1. Atteindre un taux d'incidence de la rougeole inférieur à un cas confirmé par million d'habitants par an, en excluant les cas confirmés importés,
2. Atteindre une incidence nulle pour les syndromes de rubéole congénitale (SRC),
3. Atteindre un taux d'infections rubéoleuses maternelles chez les femmes vivant en France < 1 cas pour 100 000 naissances vivantes,
4. Atteindre un pourcentage de personnes réceptives au virus de la rougeole inférieur à 15% chez les 1-4 ans, inférieur à 10% chez les 5-9 ans, inférieur à 5% entre 10 et 14 ans et inférieur à 5% dans chaque cohorte annuelle d'âge au-delà de 15 ans,
5. Atteindre un niveau de couverture vaccinale à 24 mois d'au moins 95% pour la première dose et d'au moins 80% pour la seconde dose, dans l'ensemble des départements et pour les deux maladies,
6. Atteindre un niveau de couverture vaccinale d'au moins 90% à six ans pour la deuxième dose, dans l'ensemble des départements et pour les deux maladies.

Principales mesures

Stratégie de vaccination

- Modification du calendrier vaccinal chez l'enfant pour le vaccin trivalent ROR : 1ère dose à 12 mois, 9 mois si vie en collectivité, et 2ème dose entre 13 et 24 mois
- Mesures de rattrapage pour les personnes nées depuis 1980 : celles nées depuis 1992 devraient avoir reçu deux doses de ROR, celles nées entre 1980 et 1991 : une dose
- Recommandations vaccinales particulières autour d'un cas ou en situation de cas groupés (cf circulaire DGS/RI1/2009/334 du 4 novembre 2009 relative à la transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire en cas de rougeole et la mise en œuvre de mesures préventives autour d'un cas ou de cas groupés pour les groupes à risque).

Stratégie de promotion de la vaccination

- Mobilisation des acteurs autour du plan: au moment du lancement du plan, une documentation a été envoyée aux professionnels de santé concernés, complétée par des visites d'experts en régions.
- Campagne d'incitation à la vaccination de l'assurance maladie
- Programme de communication sur les maladies infectieuses de l'INPES

Amélioration de la surveillance de la maladie

- Inscription de la rougeole sur la liste des maladies à déclaration obligatoire.
- Renforcement de la surveillance par la confirmation biologique systématique des cas cliniques.
- Mise en place d'un réseau de laboratoires impliqués dans le diagnostic de la rougeole.

Amélioration de la connaissance de l'évolution de la couverture vaccinale

- Résultats d'une enquête séro-épidémiologique prévue début 2011.

Éviter la diffusion de la rougeole

- Élaboration de protocoles de conduite à tenir autour d'un cas ou de cas groupés (signalement des cas, éviction, confirmation biologique, vaccination post exposition, rattrapage vaccinal)

Principaux partenaires

InVS, INPES, CNAMTS.

Financements

Coût estimé du programme en 2005 : 37,6 millions d'euros sur six ans, dont :

- mise en place de la vaccination des adultes de 13 à 25 ans, non vaccinés et dans le cas d'une prise en charge à 100 % du vaccin : 35 millions d'euros,
- surveillance de la rougeole : 1,6 million d'euros,
- promotion de la vaccination : 200 000,00 euros (en plus du budget de la CNAMTS et de l'INPES).

Financeur principal : CNAMTS (prise en charge des vaccins + actions de promotion de la vaccination).

Modalités de suivi et d'évaluation

Le groupe qui a élaboré le plan est en charge de son suivi, de son évaluation et des évolutions éventuelles des mesures en fonction de la situation épidémiologique. Il se réunit au moins régulièrement, coordonné par le bureau RI1 de la DGS

Lien d'accès Internet au plan

Dossier rougeole :

<http://www.sante-sports.gouv.fr/rougeole-sommaire.html>

Plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques 2007-2010

DGS, bureau des infections et autres risques liés aux soins « RI3 »

PLAN ANTÉRIEUR : Plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques 2001-2005**Plan organisé autour de sept axes :**

- améliorer l'information et la prescription des antibiotiques,
- diffuser des outils pour aider les professionnels,
- améliorer le bon usage des antibiotiques à l'hôpital,
- améliorer les échanges d'information entre la ville et l'hôpital,
- améliorer la formation,
- améliorer la surveillance conjointe de la consommation des antibiotiques et de la résistance aux antibiotiques,
- améliorer la coordination nationale des actions.

Résultats des campagnes du programme antibiotiques de la CNAMTS : diminution de 23,4% de la consommation en ville entre 2002 et 2007 pendant les périodes hivernales, 27 millions de traitements évités.
Bilan du plan daté du 12 avril 2006.

Pourquoi un plan ?

L'apparition de bactéries pathogènes résistantes et leur diffusion dans les populations humaines constituent un des phénomènes majeurs des vingt dernières années alors même que les perspectives de découverte de nouvelles classes d'antibiotiques sont réduites.

Depuis les années 1990, la France figure parmi les pays les plus utilisateurs d'antibiotiques avec environ 100 millions de prescriptions antibiotiques par an, dont 80% en ville où 30% des prescriptions sont inappropriées. Cette surconsommation a participé à l'apparition de nombreuses résistances bactériennes, en ville et à l'hôpital.

Objectif de la LPSP

n° 30 : « maîtriser la progression de la résistance aux antibiotiques, notamment pour le *streptococcus pneumoniae* et le *staphylococcus aureus* ».

Objectifs du plan**Les principaux axes du plan 2007-2010**

- Améliorer les pratiques médicales.
- Améliorer les connaissances du grand public et du personnel de la petite enfance.
- Intégrer la politique antibiotique dans une gestion plus globale du risque infectieux et médicamenteux.
- Décliner le plan dans les établissements de santé.
- Mettre en place le système d'information du plan.
- Communiquer et valoriser les actions et les résultats du plan.
- Favoriser la recherche.

Principales mesures**Information**

Mener des actions de sensibilisation et de mobilisation du grand public pour une réduction de l'utilisation des antibiotiques :

- campagnes en télévision et radio,
- diffusion de guides pédagogiques,
- programme de relations presse auprès de cibles surconsommatrices (jeunes mamans, jeunes actifs, seniors).

Faire des professionnels de la petite enfance des relais d'information auprès des parents d'enfants de 0 à 6 ans.

Mettre en place et faire fonctionner le site Internet du Plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques.

Formation

Améliorer l'utilisation des antibiotiques par la formation initiale et continue des professionnels de santé

- Propositions sur les programmes et l'examen classant.
- Proposition d'un contenu sur les mesures à mettre en œuvre pour préserver l'efficacité des antibiotiques à inclure dans la formation médicale continue des médecins et par le biais de la formation professionnelle conventionnelle (sous réserve de négociation entre les partenaires conventionnels).

Inclure des formations sur les antibiotiques et les résistances bactériennes dans l'enseignement scolaire

- Mise en œuvre de formations spécifiques des professeurs.

Former les professionnels de la petite enfance

- Proposer un programme dans les formations initiale et continue des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture.

Définition et diffusion de bonnes pratiques

- Mettre à disposition des prescripteurs des tests de diagnostic rapide en pathologie infectieuse.
- Évaluer des modalités de la prescription des antibiotiques dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins libéraux et des médecins des établissements de santé.
- Promouvoir les mesures d'hygiène, dont l'hygiène des mains, dans les établissements de santé publics et privés.
- Améliorer la qualité de prescription des antibiotiques dans les établissements de santé.
- Assurer l'articulation avec les actions menées dans le cadre de la santé animale.

Épidémiologie et recherche

- Recueillir et analyser les informations concernant les résistances bactériennes, les consommations d'antibiotiques, et l'incidence de certaines infections dans l'optique de mesurer l'impact du plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques.



- Participer aux projets européens.
- Proposer des sujets qui pourront faire l'objet de programmes de recherche en matière d'antibiotiques et de résistances bactériennes.
- Encourager la recherche de nouvelles thérapeutiques anti-infectieuses et de nouveaux tests de diagnostic rapide.

Principaux partenaires

Ministères chargés de l'Éducation nationale et de l'Agriculture; ANSES, AFSSAPS, CNAMTS, HAS, INPES, InVS ; sociétés savantes.

Financements

Coût estimé du plan: sur les 22 actions, 7 ont un coût estimé à moins de 100 000 euros, 7 un coût estimé à moins de 1 million d'euros et 8 à plus de 1 million d'euros.

Financeurs: ces coûts sont supportés par les responsables de la mise en œuvre des actions préconisées, notamment la CNAMTS et la DGS. Plusieurs actions sont déjà mises en œuvre dans le cadre d'autres programmes (lutte contre les infections nosocomiales...).

Modalités de suivi

Comité national de suivi du plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques

Composition

- 41 membres, dont 12 membres de droit (directions d'administrations centrales, agences de santé, assurance maladie) et 29 membres nommés pour trois ans représentant les usagers, les établissements et les professionnels de santé,
- la DGS assure le secrétariat général du comité de suivi.

Missions

Le comité dégage les actions prioritaires du plan, définit des objectifs à long terme et des objectifs intermédiaires, détermine un calendrier de mise en œuvre, effectue un bilan régulier des avancées. Son rôle est plus politique qu'opérationnel. Il permet d'assurer la publicité du plan et de faire adhérer les professionnels de santé et le grand public aux mesures adoptées.

Le suivi s'effectue sur la base de trois indicateurs principaux, 1/les résistances bactériennes, 2/les consommations d'antibiotiques, 3/l'incidence de certaines infections.

Le plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques a pris fin le 3 décembre 2010 et a fait l'objet d'un bilan réalisé par le bureau RI3 et validé par les membres du comité de suivi, ainsi que d'une évaluation par le HCSP. Un nouveau plan est en cours de rédaction pour la période 2011-2016, qui prend en compte les propositions du comité de suivi et de ses groupes de travail et les éléments de l'évaluation du HCSP.

Évaluation

Pour chaque action sont définis des indicateurs permettant d'évaluer la mise en œuvre de la mesure.

Textes

Arrêté du 19 décembre 2006 modifiant l'arrêté du 29 mars 2002 portant création du comité national de suivi du plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques.
Arrêté du 11 avril 2007 portant nomination des membres désignés au comité national de suivi du plan.

Voir aussi

Plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins 2009-2013

Lien d'accès Internet au plan

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/plan_antibio_2001/bilan_plan_2007.pdf

Pourquoi un plan ?

Les virus Chikungunya et Dengue sont des arbovirus, dont les moustiques du genre *Aedes* sont les principaux vecteurs. Ces moustiques se concentrent principalement dans les zones urbanisées. La piqure de ces moustiques, lorsqu'ils sont eux-mêmes infectés par le virus de la dengue ou du chikungunya, peut transmettre la maladie à un individu. Ces maladies peuvent être invalidantes – et parfois même mortelles – et provoquer des douleurs articulaires pouvant durer plusieurs mois dans le cas du chikungunya. La symptomatologie clinique de ces pathologies est peu évocatrice en dehors d'un contexte épidémique. Aucun vaccin ni traitement curatif spécifique ne sont aujourd'hui disponibles. La dengue et le chikungunya sont des maladies à déclaration obligatoire sur l'ensemble de la France métropolitaine.

L'émergence en 2005 du chikungunya dans les îles de l'Océan Indien, dont la Réunion et Mayotte et son extension progressive à nombre de pays, le signalement au cours de l'été 2007 de cas groupés de chikungunya en Italie témoignent d'une possibilité d'émergence de ces maladies en milieu tempéré, dès lors que le moustique qui les transmet est présent. La survenue de deux cas de dengue à Nice en 2010 ainsi que deux cas de chikungunya à Fréjus la même année confirment l'hypothèse d'un tel risque pour la France métropolitaine. Le moustique *Aedes albopictus* a connu une extension rapide de son aire géographique dans les trente dernières années, à la faveur du développement des transports internationaux, notamment de pneumatiques usagés. En France métropolitaine, il s'est ainsi implanté dans un secteur limité aux Alpes Maritimes (depuis 2004), à la Haute Corse (2006), à la Corse du Sud et au Var (2007), aux Bouches-du-Rhône (2009) ainsi qu'à un secteur très limité des Alpes de haute Provence (2010).

Le plan a donc comme but principal de permettre d'identifier très rapidement et de contrôler la survenue d'une éventuelle épidémie de dengue ou de chikungunya en France métropolitaine.

Objectifs du plan

Ce plan repose sur quatre axes :

- 1) Renforcer la surveillance épidémiologique et entomologique** pour prévenir et évaluer les risques de dissémination ; Développer la surveillance des cas humains d'infection au chikungunya et à la dengue ; Renforcer la surveillance du moustique vecteur en métropole ; Actualiser en permanence l'expertise pour réduire les risques de dissémination ;
- 2) Renforcer la lutte contre les moustiques**, vecteurs potentiels de maladies ; Lutter contre l'importation de moustiques dans les trans-

ports de marchandise ;

Engager des actions de contrôle des populations de moustiques dans les zones de présence durable de ces vecteurs potentiels du chikungunya et de la dengue en métropole Engager des actions de lutte focalisées contre les moustiques lors de la mise en évidence de chaque cas importé de chikungunya et de dengue

Procéder à un état des lieux précis des capacités d'intervention de la France dans le domaine de lutte contre les vecteurs potentiels ;

- 3) Informer et mobiliser la population et les professionnels de santé**, selon des modalités prédéfinies pour optimiser les mesures de lutte et éviter le risque de confusion ; Sensibiliser et responsabiliser la population sur les risques liés à la prolifération du moustique, vecteur potentiel et les moyens domestiques de contrôle des populations de moustiques ; Renforcer l'information des voyageurs entrant ou sortant d'une zone à risque ; Informer les professionnels de santé sur la maladie ;

- 4) Développer la recherche et les connaissances.**

Principales mesures

La circulaire du 17 mai 2010 définit sous formes de fiches les conduites à tenir dans différents domaines en fonction d'une échelle de risques comportant 6 niveaux.

- En matière de surveillance

La surveillance revêt deux aspects : surveillance vectorielle, ou entomologique (présence de l'*Aedes albopictus*) et surveillance humaine.

La surveillance entomologique vise à :

- déceler l'implantation de l'espèce dans les zones indemnes (niveau 0)
- estimer la densité vectorielle dans les zones d'implantation (niveau 1 et suivants)

S'agissant de la surveillance humaine, le dispositif est adapté au risque vectoriel. La surveillance épidémiologique est renforcée au niveau des zones géographiques avec présence avérée du moustique (niveau 1 au sens de la circulaire). Cette surveillance renforcée consiste en une procédure de déclaration et de confirmation biologique accélérées des cas suspects par le Centre national de référence des arbovirus (CNR). Localement, ce dispositif est piloté par les ARS concernées. Cette surveillance accélérée - plus réactive que la surveillance basée sur le système de déclaration obligatoire - a pour objectifs de :

- identifier les cas importés afin de mettre en œuvre les mesures nécessaires à la prévention d'une transmission secondaire de la maladie (zones de niveau 1),
- détecter précocement les cas autochtones, de façon à

identifier rapidement une transmission autochtone du virus et à orienter les mesures de lutte.

- En matière de gestion et notamment de mise en œuvre des mesures de lutte anti-vectorielle

Une cellule départementale de gestion est mise en place dès que le niveau 1 (moustiques implantés et actifs) est atteint. Un tableau récapitulatif des actions à mener en fonction du niveau de risque détaille les rôles des acteurs.

Une cellule spécifique chargée de la gestion des produits du corps humain susceptible de contenir des virus (sang, greffons) est mise en place à l'échelon national afin d'éviter le risque de contamination par un donneur atteint. Cette cellule est activée dès qu'un cas humain autochtone est détecté.

- En matière d'information et de communication

La stratégie dépend du niveau de risque. Dans les zones d'implantation du vecteur, l'objectif est de prévenir le risque d'importation en sensibilisant les professionnels de santé et la population (conseils aux voyageurs, signalement précoce des cas suspects...)

A partir du niveau 2 (introduction du virus), les mesures de communication visent à faire adopter à la population des comportements limitant la circulation virale (protection individuelle et collective). Les messages clés à destination du public sont ainsi énumérés (repérage et suppression des gîtes larvaires, protection individuelle, invitation à consulter son médecin traitant en cas de symptômes). La circulaire prévoit également, en fonction du niveau de circulation virale, les autorités émettrices et les modalités de communication.

- En matière de prise en charge :

En médecine ambulatoire, les professionnels de santé sont informés dès le niveau 1 de la présence de moustiques et des modalités de déclaration des cas suspects. Cette mesure vaut également en médecine hospitalière, qui a également pour mission la protection des patients et du personnel (moustiquaires, diffuseurs insecticides, climatisation de certaines zones, protections renforcées autour des cas suspects...)

Au niveau 3 d'alerte, il est nécessaire d'assurer la permanence des soins, incluant les soins en médecine de ville et à l'hôpital, les gardes pharmaceutiques et les soins ambulanciers. Les établissements de santé doivent établir la liste des secteurs d'activité susceptibles d'accueillir des lits supplémentaires, et dresser la liste des ressources humaines supplémentaires à mobiliser. Le renforcement doit porter en priorité sur les secteurs de pédiatrie, d'urgences, de réanimation et les laboratoires. Des mesures graduées adaptées des plans blancs peuvent être déclenchées par le directeur d'établissement ou par le préfet.

Acteurs

ADEGE (Agence nationale pour la Démoustication et la Gestion des Espaces naturels démoustiqués)

Entente interdépartementale pour la démoustication en Méditerranée (EID Méditerranée), Entente interdépartementale pour la démoustication du littoral Atlantique

Entente interdépartementale Rhône-Alpes pour la démoustication; DGS et Agences régionales de santé, InVS, CIRE; DGPR; Collectivités locales

CNR (Institut Pasteur, Paris) et son laboratoire associé (Institut de recherche biomédicale des armées, Marseille) AFSSAPS, ABM, EFS, INPES

Financements

Le plan ne prévoit pas de financement spécifique.

Les mesures de démoustication sont à la charge des Conseils généraux.

La surveillance entomologique du territoire métropolitain est financée dans le cadre d'une convention entre la DGS et les opérateurs de démoustication, d'un montant annuel d'environ 250 k€.

Modalités de suivi

- Outils de suivi : l'EID-Méditerranée adresse aux services du ministère de la santé un tableau de bord relatif à la surveillance et au traitement des zones d'implantation du moustique, selon une fréquence hebdomadaire
- En ce qui concerne la région Corse, la surveillance entomologique est réalisée par l'ARS de Corse..

Les ARS effectuent un suivi des cas importés et, le cas échéant des cas autochtones, à l'aide d'un outil informatique déployé par la CIRE-Sud (Voozarbo). Cet outil permet également au CNR de renseigner les résultats biologiques des prélèvements qui leur sont adressés. L'Entente interdépartementale de la démoustication (EID Méditerranée) produit chaque année un rapport d'activité.

Evaluation

- Un retour d'expérience sur la mise en œuvre du plan réunissant l'ensemble des acteurs est organisé chaque année.

Sources législatives et réglementaires

Règlement sanitaire international, OMS, 2005

Code de la santé publique, et notamment partie III, livre



I, Titre premier relatif à la lutte contre les épidémies et certaines maladies transmissibles

Loi n° 64-1246 du 16 décembre 1964 relative à la lutte contre les moustiques

Décret n° 2006-473 du 24 avril 2006 complétant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire

Décret n° 65-1046 du 1er décembre 1965 pris pour l'application de la loi n° 64-1246 du 16 décembre 1964 relative à la lutte contre les moustiques

Arrêté du 26 août 2008 modifié fixant la liste des départements où les moustiques constituent une menace pour la santé de la population

Arrêté du 7 juillet 2006 relatif à la notification obligatoire des cas de dengue

Arrêté du 7 juillet 2006 relatif à la notification obligatoire des cas de chikungunya

Circulaire DPPR-DGS-DGT du 21 juin 2007 relative aux méthodes de lutte contre les moustiques et notamment à l'utilisation de produits insecticides dans ce cadre

Circulaire DPPR du 24 juillet 2006 relative à la prévention du développement des larves du moustique *Aedes albopictus* dans les stocks de pneumatiques usagers

Circulaire n°DGS/RI/2010/163 du 17 mai 2010 relative aux modalités de mise en œuvre du plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole

Lien d'accès Internet

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/plan_chik_dengue_2009.pdf

Voir aussi

Plan blanc et plan blanc élargi
Plan national santé environnement 2009-2013





SANTÉ ENVIRONNEMENTALE ●●●

PLAN ANTÉRIEUR : Le PNSE 1 (2004-2008) prévoyait principalement de :

- garantir un air et une eau de bonne qualité,
- prévenir les pathologies d'origine environnementale et notamment les cancers,
- mieux informer le public et protéger les populations cibles (enfants et femmes enceintes).

Pourquoi un plan ?

L'impact de la dégradation de l'environnement sur la santé humaine est à la fois une des préoccupations majeures de santé publique et un thème écologique central.

L'OMS estime à environ 15 % les pertes de santé (exprimées en années de vie perdues ajustées sur l'incapacité) liées à l'environnement dans les pays d'Europe de l'Ouest ; et la seule pollution de l'air serait responsable de 500 000 morts par an dans le monde (PNUD, rapport GEO 4 pour l'environnement, 2007).

Ce deuxième Plan national santé-environnement (PNSE) s'intéresse prioritairement aux répercussions sur l'homme de la dégradation de l'environnement et de ses milieux de vie. Il a pour ambition, dans la continuité du PNSE 1, de définir des priorités d'action pour réduire l'impact sanitaire de l'environnement et notamment des pollutions environnementales.

Le PNSE2 constitue la feuille de route du Gouvernement en matière de sécurité environnementale ; il est structuré autour de deux grands axes :

- réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé, telles que les cancers, les maladies cardiovasculaires, les pathologies respiratoires et neurologiques...

- diminuer les inégalités environnementales :

L'articulation avec les autres plans

Le PNSE n'a pas vocation à intégrer l'ensemble des mesures prises dans le domaine de la santé-environnement, ni à se substituer aux différents plans existants. Il vise à établir des priorités en matière de santé-environnement en donnant une vision globale et une cohérence à l'ensemble. C'est pourquoi, lorsque des plans spécifiques traitent d'un sujet évoqué dans le PNSE 2, il s'y réfère mais sans redétailler chacune des actions spécifiques de ces plans.

Enfin, certains autres plans méritent d'être mentionnés puisque certaines mesures proposées peuvent avoir un rapport direct avec le PNSE :

- le Plan cancer, qui définit les mesures spécifiques de lutte contre cette pathologie, propose notamment des actions de prévention des cancers liés à l'environnement, en particulier professionnels. En complément de ce plan, le PNSE comporte des mesures destinées à réduire les expositions à certains agents cancérigènes, quand ceux-ci relèvent d'une contamination des milieux (eau, air...);
- le deuxième Plan santé travail 2010/2014 détaille plusieurs mesures de santé-environnementale spécifiques au milieu de travail. Le PNSE 2 comporte également des mesures applicables au milieu de travail, lorsqu'elles

sont en synergie avec d'autres actions de santé environnement.

- les Plans liés à des événements climatiques : canicule et grand froid.
- différents plans environnementaux, tels que Ecophyto 2018, le plan Micropolluants 2010/2013, le plan d'actions chlorderécone en Martinique et en Guadeloupe, ou encore le futur plan national sur les résidus de médicaments dans les eaux (début 2011)

Objectifs de la LPSP

n° 18: « Habitat: réduire de 50% la prévalence des enfants ayant une plombémie > 100µg/L : passer de 2 % en 1996 à 1 % en 2008 ».

n° 19: « Bâtiments publics: réduire l'exposition au radon dans tous les établissements d'enseignement et dans tous les établissements sanitaires et sociaux en dessous de 400Bq/m³ ».

n° 20: « Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques: respecter les valeurs limites européennes 2010 (pour les polluants réglementés au plan européen, NOx, ozone et particules en particulier) dans les villes (-20 % par rapport à 2002) ».

n° 21: « Réduire l'exposition de la population aux polluants atmosphériques: réduire les rejets atmosphériques: -40 % pour les composés organiques volatils (dont le benzène) entre 2002 et 2010; réduction d'un facteur 10 pour les émissions de dioxines de l'incinération et de la métallurgie entre 1997 et 2008; -50% pour les métaux toxiques entre 2000 et 2008 ».

n° 22: « Qualité de l'eau: diminuer par deux d'ici à 2008 le pourcentage de la population alimentée par une eau de distribution publique dont les limites de qualité ne sont pas respectées pour les paramètres microbiologiques et les pesticides ».

n° 23: « Habitat: réduire de 30% la mortalité par intoxication par le monoxyde de carbone (CO) ».

n° 24: « Bruit: réduire les niveaux de bruit entraînant des nuisances sonores quelles que soient leurs sources (trafic, voisinage, musique amplifiée) par rapport aux niveaux mesurés en 2002 par diverses institutions (ministère de l'Écologie, INRETS) ».

n° 25: « Qualité de l'eau: réduire de 50 % l'incidence des légionelloses ».

Objectifs du plan

Le PNSE2 a choisi une approche spécifique et présente les actions selon deux axes non exclusif l'un de l'autre :

- **Réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé**



• Réduire les inégalités environnementales

Principales mesures

Le plan comporte 16 fiches thèmes d'intervention regroupant 58 actions dont 12 mesures phares

Les 16 thématiques

• Plan particules • Réduction des substances toxiques dans l'air et dans l'eau • Qualité de l'air intérieur • Réduction de l'exposition aux substances ayant un effet cancérigène, mutagène ou reprotoxique en milieu de travail • Santé et transports • Protéger la santé et l'environnement des enfants • Protéger la santé et l'environnement des personnes vulnérables du fait de leur état de santé • Lutte contre l'habitat indigne • Protéger la population des contaminations environnementales liées à l'eau • Lutter contre les « points noirs environnementaux » • Diminuer l'impact du bruit • Réduire l'exposition au radon et à l'amiante naturellement présents dans l'environnement • Risques émergents • Recherche • Expertise • Formation et information.

Les 12 mesures phares

- Réduire de 30% – les concentrations dans l'air ambiant en particules fines PM 2,5 (particules de taille inférieure à 2,5 µm) d'ici à 2015 : cette mesure fait l'objet d'un plan d'actions national, le « plan particules », qui trouvera sa déclinaison locale dans les schémas régionaux du climat, de l'air et de l'énergie créés par le projet de loi portant engagement national pour l'environnement ; – les émissions dans l'air et dans l'eau de 6 substances toxiques d'ici à 2013 (mercure, arsenic, hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP), benzène, perchloroéthylène et PCB/dioxines).
- Mettre en place un étiquetage sanitaire des produits de construction, de décoration ainsi que des produits les plus émetteurs de substances dans l'air intérieur des bâtiments, et rendre obligatoire l'utilisation des produits et matériaux les moins émissifs dans les écoles et crèches.
- Favoriser les mobilités douces pour diminuer à la fois l'impact environnemental des transports et développer l'activité physique, qui est un élément essentiel en matière de santé.
- Assurer la protection des aires d'alimentation des 500 captages d'eau les plus menacés.
- Améliorer la connaissance et réduire les risques liés aux rejets de médicaments de l'environnement, en engageant dès le mois de juillet 2009 les travaux en vue de l'élaboration d'un plan d'action national, en installant le comité de suivi et de pilotage de ce plan.
- Mettre en place dès 2010 un programme de biosurveillance sanitaire de la population.
- Expérimenter un dispositif de traçabilité des expositions professionnelles dans 4 régions.
- Renforcer le contrôle des substances, préparations et articles mis sur le marché en France, notamment sur les pro-

duits destinés aux enfants.

- Réduire l'exposition aux substances préoccupantes dans l'habitat et les bâtiments accueillant des enfants : une expérimentation de surveillance de la qualité de l'air dans 300 crèches et écoles sera lancée dès la rentrée 2009 et un programme d'identification et de traitement des crèches et des écoles construites sur des sols pollués sera également engagé, en accord avec les collectivités locales concernées.
- Développer des conseillers « Habitat santé », pouvant se rendre au domicile des personnes souffrant de certaines maladies, pour leur proposer des mesures ciblées destinées à améliorer leur environnement de vie.
- Poursuivre le programme de lutte contre l'habitat indigne, avec un objectif de 20 000 logements traités par an.
- Identifier et gérer les « points noirs environnementaux », qui sont des zones susceptibles de présenter une surexposition à des substances toxiques, en particulier en mettant en place des actions d'identification de ces zones.

Pour assurer la mise en œuvre du PNSE au plus près des réalités locales, chaque région élabore un plan régional santé environnement (PRSE).

A la date du 31 janvier 2011, 6 régions ont adopté leur PRSE. Les travaux d'élaboration et de consultation sont en cours dans les autres régions.

Principaux partenaires

Le PNSE2 est un plan interministériel copiloté, outre le ministère en charge de la Santé, par les ministères en charge de l'Écologie et du Développement durable et du Travail.

Il associe l'agence de l'environnement pour la maîtrise de l'énergie (ADEME), l'ANSES, le bureau de recherches géologiques et minières (BRGM), le centre scientifique et technique du bâtiment (CSTB), l'Institut national de l'environnement industriel et des risques (INERIS) et l'InVS.

Financements

Pour la réalisation du deuxième PNSE, l'État mobilisera plus de 490 millions d'euros sur cinq ans.

Modalités de suivi

Comité de pilotage du plan

Afin de suivre et d'orienter la mise en œuvre des actions du PNSE 2, un comité de pilotage appelé groupe santé environnement (GSE), présidé par Mme Bérange Poletti, députée des Ardennes a été créé :

Il réunit les 5 collèges du Grenelle de l'Environnement : État, collectivités territoriales, associations (dont les repré-



sentants d'associations agréées au titre du code de la santé et du code de l'environnement), organisations syndicales, entreprises, auxquels s'ajoutent des personnalités qualifiées et des professionnels du système de santé ainsi que des organismes d'assurance maladie.

Ce groupe a la possibilité de faire évoluer les actions au fur et à mesure de leur avancée et des nouvelles connaissances. Au-delà du suivi du PNSE 2, le GSE constitue une instance de réflexion continue sur les thématiques de santé-environnement et pourra :

- constituer un espace de concertation sur les risques émergents (nanotechnologies, ondes électromagnétiques, perturbateurs endocriniens...) ;
- proposer de manière concertée une nouvelle liste de substances dont les rejets dans l'environnement doivent être réduits en priorité ;
- suivre la mise en oeuvre du programme de biosurveillance humaine.

Trois groupes de travail spécifique ont été mis en place :

- Expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé
- Risques émergents
- Inégalités environnementales

Voir aussi

Plan cancer 2009-2013

Deuxième Plan Santé au Travail 2010/2014

Plan d'action chlordécone en Martinique et en Guadeloupe

Lien d'accès Internet

http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/PNSE_2_OO_cle0bbed2.pdf



Pourquoi un plan?

Le milieu professionnel comporte un certain nombre de risques pour la santé des travailleurs, que ce soit en termes de conditions de travail (stress, expositions au bruit, postures de travail, conduite d'engins motorisés) ou d'expositions à certaines substances qui peuvent comporter un risque pour la santé (poussières, produits cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques).

En effet, plus d'une personne par jour meurt d'un accident du travail (569 décès en 2008) ou des suites d'une maladie professionnelle (425 décès en 2008),

Le nombre d'accidents du travail stagne à un niveau trop élevé d'environ 700 000 par an (dont plus de 44 000 accidents graves) parmi lesquels environ 55 % des accidents mortels du travail des salariés du régime général sont des accidents de la route. Pour le seul régime général, les maladies professionnelles ne cessent d'augmenter (plus de 45 000 en 2008). On estime aujourd'hui que plus de 13 % de la population active sont exposés à au moins un agent cancérigène. Enfin, trop d'avis d'inaptitude débouchent sur un licenciement. La lutte contre la pénibilité et pour l'amélioration des conditions de travail est donc un enjeu majeur, non seulement pour les travailleurs en activité mais également à l'issue de leur vie professionnelle.

Enfin, la santé au travail et l'amélioration des conditions de travail sont également une clef de la compétitivité, et une condition du maintien en activité des salariés les plus âgés et de la valorisation de leur expérience. Ainsi, la prévention des risques professionnels est également un facteur clé d'efficacité économique et de compétitivité pour les entreprises.

Le premier plan santé avait affiché comme objectif une réforme profonde du dispositif de prévention des risques professionnels, en renforçant les moyens de l'administration et en développant la connaissance des risques professionnels en particulier par l'introduction de la santé au travail dans le système de sécurité sanitaire (AFSSET)

Le deuxième plan, portant sur la période 2010-2014 prolonge et renforce cette dynamique, en mobilisant les organisations professionnelles et syndicales, en poursuivant l'effort de recherche, et en encourageant les démarches de prévention des risques professionnels au sein des entreprises.

Le PST2 s'inscrit en synergie avec l'ensemble des plans de santé publique, et en particulier le plan Cancer 2 et le deuxième plan national santé environnement.

Il s'inscrit également dans la stratégie européenne de santé au travail 2007/2021 qui vise une réduction de 25% du taux d'incidence global des accidents du travail.

Objectifs de la LPSP

n°14: réduire le nombre d'accidents routiers mortels liés

au travail

n°15: réduire de 20% le nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20 heures par semaine par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête SUMER 2003

n°16 : Réduire le nombre de travailleurs soumis à un niveau de bruit de plus de 85 dB plus de 20 heures par semaine sans protection auditive par rapport à la prévalence estimée à partir des résultats de l'enquête SUMER 2003

n°17 : Réduire les effets sur la santé des travailleurs des expositions aux agents cancérigènes par la diminution des niveaux d'exposition

Objectifs du plan

Le plan est organisé en 4 axes stratégiques et comprend 14 objectifs traduits en 36 mesures:

1. Améliorer la connaissance en santé au travail

- a. Poursuivre la structuration et le développement de la recherche et de l'expertise en santé au travail
- b. Développer les outils de connaissance et de suivi
- c. Agir sur la formation

2. Poursuivre une politique active de prévention des risques professionnels

- a. Renforcer la prévention en direction de certains risques, secteurs et publics prioritaires
- b. Intégrer les problématiques liées à la sous-traitance et à la co-activité dans la prévention des risques
- c. Renforcer la surveillance de marchés des machines et des équipements de protection individuelle

3. Encourager les démarches de prévention des risques dans les entreprises, notamment les TPE et PME

- a. Sensibiliser aux risques professionnels les branches professionnelles, les entreprises et les salariés
- b. Accompagner les entreprises dans le diagnostic et la construction de plans d'action
- c. Construire ou renforcer des logiques territoriales et professionnelles
- d. S'appuyer sur la réforme des services de santé au travail pour rénover le pilotage de la santé au travail et la gouvernance des services de santé au travail

4. Pilotage du plan, communication, développement et diversification des outils pour une effectivité du droit

- a. Piloter le plan aux niveaux national et territorial
- b. Construire des partenariats nationaux et territoriaux
- c. Valoriser les acquis du plan de modernisation et de développement de l'Inspection du Travail (PMDIT)
- d. Elaborer, financer et mettre en œuvre des actions de communication, d'information et de sensibilisation en accompagnement de la mise en œuvre du PST2



Le plan national est décliné en plans régionaux de santé au travail pilotés par les directions régionales de l'entreprise, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE).

Principales mesures

- **Axe 1 : Améliorer la connaissance en santé au travail**
 - a. Créer ou renforcer les pôles régionaux de recherche en santé travail en consolidant la collaboration entre le ministère du travail et l'agence nationale pour la recherche
 - b. Susciter des recherches-actions sur les nouvelles conditions et pratiques de travail, les nouvelles technologies, les expositions émergentes (nanomatériaux, reprotoxiques...)
 - c. Mettre en place un système d'information sur les accidents du travail et les maladies professionnelles regroupant les données des différents régimes de protection sociale
- **Axe 2 : Poursuivre une politique active de prévention des risques professionnels**
 - a. Assurer l'effectivité de la mise en œuvre des dispositions nationales de transposition des directives REACH et CLP
 - b. Inciter chaque entreprise, avec l'aide de sa branche, à élaborer un plan de prévention pluriannuel des troubles musculo-squelettiques
 - c. Mieux connaître les risques psychosociaux et surveiller leur évolution grâce à la mise en place d'indicateurs statistiques nationaux
 - d. Organiser des actions de formation sur les risques routiers et sur les véhicules utilitaires légers
- **Axe 3 : Encourager les démarches de prévention des risques dans les entreprises, notamment les PME et TPE**
 - a. Mener des campagnes d'information ciblées par famille professionnelle
 - b. Améliorer la notoriété du site « travailler mieux » auprès des salariés et des entreprises
 - c. Développer des plans pluriannuels de prévention des risques professionnels avec les branches professionnelles
 - d. Renforcer le rôle des services de santé au travail comme acteurs de la prévention
- **Axe 4 : Pilotage, communication, développement et diversification des outils**
 - a. Travailler au développement d'une offre de service régionale conjointe sur les priorités de la politique de prévention des risques professionnels
 - b. Elaborer des modalités de coopération et d'information entre les DIRECCTE et les CARSAT sur les risques spécifiques en entreprise, notamment par la mise en place d'un outil méthodologique national de conduite des campagnes de contrôle

- c. Veiller à une information réciproque des ARS et des DIRECCTE sur les priorités régionales de santé publique et de santé au travail
- d. Mener des actions de communication en direction du grand public et des cibles spécifiques sur les thèmes choisis en fonction de l'avancée du plan et des priorités définies.

Principaux partenaires

DGRI, DARES, DSCR, DGPR, DGS, CNAMTS, branche AT-MP, CCMAS, RSI, Ministère de l'Alimentation de l'Agriculture et de la Pêche, DGAFP, ANSES, INRS, ANR, ITMO santé publique, InVS, INCA Partenaires sociaux, services de santé au travail, ANACT, OPPBTP, INTEFP, DIRECCTE et ARACT.

Financements

Le plan Santé au Travail 2010/2014 est financé à hauteur de 30 millions d'euros par an (incluant les subventions à l'ANSES et l'ANACT). sur le programme budgétaire 111 « Amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail ».

Modalités de suivi

1 – Au niveau national

Le dispositif de gouvernance tient compte de l'évaluation du premier plan Santé au travail et des recommandations établies à l'issue de son évaluation :

Un comité de pilotage national est présidé par le Directeur Général du Travail. Il réunit tous les organismes qui mettent en œuvre et financent le plan Santé au Travail. Il se réunit au minimum une fois par an en formation plénière.

Le comité de pilotage assure le suivi des mesures inscrites dans le plan à partir des indicateurs de suivi déterminés et des éléments budgétaires communiqués. Il peut proposer des adaptations et déterminer des priorités en fonction du contexte et des informations dont disposent ses membres.

Un groupe de travail technique est chargé d'établir l'état d'avancement du plan pour le comité de pilotage. Ce groupe de travail comprend des représentants des pilotes de chaque objectif.

2 – au niveau régional

Un référent régional est nommé dans chaque DIRECCTE, chargé de coordonner l'élaboration du plan régional de santé au travail en collaboration avec les partenaires locaux. Une structure régionale de suivi et de coordination du PRST2 est mise en place par chaque DIRECCTE.



Un réseau national des référents est animé par la Direction générale du Travail afin d'apporter un soutien méthodologique et de veiller à la cohérence des PRST et favoriser la remontée des informations relatives à la mise en œuvre des PRST2.

Evaluation

L'évaluation du PST2 est sous la responsabilité du Directeur Général du Travail qui a la possibilité de solliciter des prestataires externes recrutés sur appel d'offres.

Sur le modèle du PST1, deux évaluations sont envisagées : une première évaluation à mi-parcours à la fin 2012 et une évaluation finale à l'échéance du plan en 2014.

Voir aussi

La prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011

Plan national de lutte contre le cancer 2009-2013

Deuxième plan national santé environnement 2009-2013

Lien Internet vers le plan Santé au travail 2

http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/PST_2010-2014.pdf



Plan de prévention des accidents de la vie courante

Plan copiloté par la DGS (bureau de l'environnement intérieur, des milieux de travail et des accidents de la vie courante «EA2») et la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes

Pourquoi un plan ?

Les accidents de la vie courante constituent un enjeu très important puisqu'il s'en produit, selon l'Institut de veille sanitaire, entre 10 et 12 millions par an et sont la cause, chaque année, de près de 20 000 décès, soit davantage que les accidents de la circulation. Les accidents de la vie courante constituent une catégorie de circonstances diverses (incendies, noyades, chutes...) qui touchent en particulier deux catégories de population : les enfants de moins de 15 ans et les personnes de plus de 65 ans.

De longue date, les pouvoirs publics ont été actifs dans ce domaine, afin de limiter le nombre et les effets de ces accidents. Cet engagement se traduit par un ensemble d'actions (adoption de textes généraux et réglementaires, actions de contrôle, campagnes de prévention et d'information...).

Le Plan de prévention des accidents de la vie courante a été annoncé en 2004 pour rendre toutes ces actions plus identifiables. La même préoccupation s'est exprimée au niveau européen, puisque le Conseil des ministres a incité les différents États membres à mettre en place des plans de prévention des accidents de la vie courante.

Objectif de la LPSP

Objectif 93 : réduire de 50% la mortalité par accidents de la vie courante des enfants de moins de 14 ans.

Objectif 99 : réduire de 25% le nombre annuel de chutes de personnes de 65 ans et plus.

Objectifs du plan

Le Plan de prévention des accidents de la vie courante comprend 10 actions réparties en trois axes.

I – Actions destinées à prévenir les accidents à l'intérieur des habitations.

II – Actions destinées à prévenir les accidents survenant à l'extérieur.

III – Actions transversales.

Principales mesures

Le premier axe comprend principalement les mesures destinées à lutter contre deux types de risques.

A-Brûlure et intoxication en cas d'incendie domestiques

- L'installation des détecteurs avertisseurs autonomes de fumée sera obligatoire dans chaque logement en 2015. Chaque année, une campagne d'information sera menée afin d'informer la population sur les conduites à tenir en cas d'incendie.
- Le contrôle des installations électriques est effectué au cours des diagnostics immobiliers uniques exigés lors

de la vente d'un logement.

- Une veille épidémiologiques et juridique sera réalisée afin d'améliorer la connaissance sur la résistance au feu des meubles rembourrés et le dégagement de produits toxiques.

B – Prévenir les risques de chute et de défenestration

- Ces risques sont susceptibles de concerner plusieurs types de population : pour limiter l'effet des chutes des personnes âgées, le plan prévoit d'instaurer une visite au domicile des personnes âgées et la promotion des dispositifs d'alarme portable. Cette action est partiellement réalisée dans le cadre des demandes d'Allocation personnalisée à l'autonomie (APA), mais n'est pas systématiquement proposée.
- L'AFNOR a été saisie pour une révision des normes de conception des dispositifs garde-corps, notamment en regard des risques de traversée et d'escalade par un enfant.
- Une information sur les risques de défenestration est réalisée par le biais de campagnes d'affichage et par des messages transmis aux présentateurs de Météo France pour une incitation à la diffusion pendant les bulletins météorologiques dès l'arrivée des beaux jours.

Le deuxième axe comprend les mesures de prévention face à deux types de risques, les traumatismes crâniens et les noyades.

Des campagnes d'incitation au port du casque lors des pratiques sportives ou de loisirs à risque (vélo, équitation, alpinisme...) ont été réalisées par l'INPES et la Direction des Sports.

Dans le cadre des mesures prises contre le risque de noyades, l'Éducation nationale a inscrit le savoir-nager dans le socle commun de compétences à acquérir.

Le troisième axe – Actions transversales

Un portail Internet d'information grand public <http://www.stopauxaccidentsquotidiens.fr/> a été ouvert le 1^{er} janvier 2009.

Principaux partenaires

Direction de la sécurité civile, Direction de l'habitat de l'urbanisme et des paysages, Direction générale de l'enseignement scolaire, Direction des sports, InVS, INPES Commission de sécurité des consommateurs (CSC), INC.

Financements

Le plan n'a pas de financement spécifique.

Modalités de suivi



Plan copiloté par la DGS (bureau de l'environnement intérieur, des milieux de travail et des accidents de la vie courante « EA2 ») et la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes

La Cellule d'échanges, de documentation et d'information sur les accidents de la vie courante (CÉDIAC) se réunit environ tous les deux mois. Le secrétariat de la cellule est assuré par l'InVS.

Elle a pour objectifs :

- le partage des informations et des données,
- l'échange documentaire,
- les collaborations scientifiques.

Les organismes destinataires réguliers des invitations à participer aux réunions de la CÉDIAC sont: la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), Calyxis, la Commission de la sécurité des consommateurs (CSC), la Direction de la défense et de la sécurité civiles (DDSC), la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF), la Direction générale de la santé (DGS), la Direction des sports (DS), l'Institut de recherche biomédicale et d'épidémiologie du sport (IRMES), la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Institut de veille sanitaire (InVS).

La participation à la cellule est ouverte à tout groupe ou organisme impliqué de façon significative dans la lutte contre les accidents de la vie courante après accord des membres participants.

Depuis le mois de mars 2007, le Plan de prévention des accidents de la vie courante est suivi dans le cadre du Comité national de santé publique (CNSP) qui examine une fois par an l'état d'avancement des actions inscrites au plan.

Voir aussi

Plan national santé environnement 2009-2013
Plan national bien vieillir 2007-2009

Plan d'action chlordécone en Martinique et en Guadeloupe 2008-2010

Coordination interministérielle du plan Chlordécone, pilotée par la DGS

DGS, sous-direction prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation, bureau alimentation et nutrition «EA3»

Pourquoi un plan ?

Utilisé en Martinique et en Guadeloupe pour lutter contre le charançon du bananier entre 1972 et 1993, le chlordécone est un pesticide organochloré, polluant organique persistant, pouvant se concentrer dans les organismes vivants, cancérogène possible et perturbateur endocrinien potentiel chez l'homme. Le chlordécone est durablement installé sur une partie des terres cultivables de Martinique et de Guadeloupe. Depuis la découverte de la pollution des eaux en 1999 et la mise en évidence du transfert dans les légumes racines en 2002, des actions d'évaluation du risque sont mises en œuvre par l'État avec la contribution des agences de sécurité sanitaire ainsi que des actions de gestion de risque dans un contexte d'incertitude scientifique. Vu la persistance dans les sols pendant des dizaines d'années, le chlordécone est retrouvé dans certaines denrées animales et végétales, dans l'eau puis dans la chaîne alimentaire. La superficie des terres potentiellement contaminées est de l'ordre de 20000 à 30000 hectares. Les risques liés à cette contamination constituent un enjeu sanitaire, environnemental, agricole, économique et social, inscrit dans le Plan national santé environnement. Le gouvernement a mis en place à la fin de l'année 2007 le plan d'actions 2008/2010, afin de gérer les conséquences sanitaires et environnementales de cette pollution.

Objectifs du plan

Les objectifs de ce plan d'action

- Renforcer la surveillance de la santé de la population et la connaissance des problèmes cliniques et environnementaux liés au chlordécone.
- Continuer à réduire l'exposition de la population.
- Proposer des mesures d'accompagnement en agriculture et améliorer la surveillance des sols et des produits des jardins familiaux.

Il comprend quatre volets

- Renforcer la connaissance des milieux.
- Réduire l'exposition et mieux connaître les effets sur la santé.
- Assurer une alimentation saine et gérer les milieux contaminés.
- Améliorer la communication et piloter le plan.

Principales mesures

Le Plan chlordécone 2008-2010 détaille au total 40 actions à mener.

En matière de surveillance

- Élaborer un outil cartographique détaillant la contamination des sols.
- Renforcer et pérenniser les réseaux de surveillance des eaux continentales et littorales.
- Développer dans les deux îles des laboratoires capables de réaliser l'analyse des pesticides.
- Évaluer l'exposition alimentaire au chlordécone des nourrissons et jeunes enfants.
- Créer un registre des cancers en Martinique et en Guadeloupe, ainsi qu'un registre des malformations congénitales. Mettre en place un dispositif de toxicovigilance.

En matière de recherche

- Développer la recherche sur la faisabilité et les techniques de dépollution
- Publier les résultats de l'enquête TIMOUN sur l'incidence de l'exposition au chlordécone sur les issues de grossesses et le développement des nourrissons et de l'étude Karuprostate sur le cancer de la prostate.
- Installer un Comité scientifique international pour proposer des recherches complémentaires et le renforcement de l'impact sanitaire des pesticides
- Coopérer avec les autres pays potentiellement concernés, notamment pour améliorer les connaissances scientifiques.

En matière réglementaire

- Adapter les limites maximales de résidus aux recommandations européennes du 24 octobre 2007 et renforcer les contrôles de l'État afin de réduire l'exposition (arrêté du 30 juin 2008).

En matière d'information

- Communiquer largement envers les populations, à la fois sur les zones contaminées et sur les risques de l'exposition, avec le soutien méthodologique de l'INPES, notamment via les programmes sur les jardins familiaux (JAFA)
- Mettre à disposition sur Internet l'ensemble des données et études sur les chlordécone et les autres pesticides utilisés dans les Antilles françaises (site ouvert par l'AFSSET le 30 juin 2008).

Principaux partenaires

Ministères chargés de la Santé (pilotage), de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Pêche, de l'Écologie, de l'Outre-mer, de l'Intérieur, de la Recherche et de l'Économie. Préfectures de Guadeloupe et de Martinique, GREPP et

GREPHY.

ANSES, AFSSA, AFSSET, BRGM, CEMAGREF, CIRAD, IFREMER, INRA, INPES, INSERM, InVS, Institut Pasteur, IRD, ODEADOM, ONEMA, université Antilles-Guyane.

Financements

Le financement du plan s'élève à 33 millions d'euros.

Modalités de suivi

Le directeur général de la Santé a été nommé coordonnateur interministériel du plan par une lettre de mission du Premier ministre du 9 octobre 2007. Il préside un comité de pilotage national (CPN) composé des représentants des ministères et des établissements publics associés au plan.

Un rapport annuel d'exécution est remis chaque année au premier ministre. Deux rapports d'activité ont été transmis, respectivement en février 2009 et en mars 2010. Le suivi est assuré en Guadeloupe par le groupe régional d'étude des pollutions par les produits phytosanitaires (GREPP) et en Martinique par le groupe régional phytosanitaire (GREPHY). Un chargé de mission interrégional placé auprès des préfets coordonne la communication et les programmes de prévention des risques. Il recueille également les éléments utiles à l'évaluation de l'état d'avancement.

Modalités de suivi

Une évaluation externe du plan 2008/2010 a été confiée aux organismes d'inspection des principaux ministères concernés : l'Inspection générale des affaires sociales, Conseil général de l'environnement et du développement durable, Inspection générale de l'administration, de l'éducation nationale et de la recherche. Le Haut conseil de la santé publique sera également sollicité.

D'autre part, des forums organisés en Guadeloupe et en Martinique ont permis de faire un bilan du plan 2008/2010, et participer à la construction du futur plan.

En effet, un nouveau plan chlordécone portant sur la période 2011/2013 est en cours de préparation. Il s'inscrit dans la continuité du premier plan, notamment en pérennisant les outils mis en place, que ce soit en termes de connaissance de la contamination (outil cartographique) ou de surveillance des conséquences sanitaires sur la population (registres du cancer et des

malformations congénitales.

Ce nouveau plan comportera spécifiquement de lutte contre la pollution marine, conformément aux dispositions de la loi de modernisation de l'agriculture et de la pêche.

Afin d'orienter le volet recherche, un groupe d'orientation et de suivi scientifique (GOSS) a été constitué avec les alliances pour les sciences de la vie et de la santé (Aviesan) et pour l'environnement (AllEnvi). Ce groupe est chargé de faire le bilan des actions recherche du plan 2008/2010 et d'orienter les actions du futur plan 2011/2013.

Textes

- Arrêté du 30 juin 2008 relatif aux limites maximales applicables aux résidus de chlordécone que ne doivent pas dépasser certaines denrées alimentaires d'origine végétale et animale pour être reconnues propre à la consommation humaine.
- Règlement CE 396/2005 du Parlement européen et du Conseil du 23 février 2005 concernant les limites maximales applicables aux résidus de pesticides présents dans ou sur les denrées alimentaires et les aliments pour animaux d'origine végétale et animale.

Voir aussi

Plan national santé environnement 2009-2013

Lien d'accès Internet

[http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/plan_chlordecone .pdf](http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/plan_chlordecone.pdf)



PRÉPARATION ET GESTION ●●● DES ALERTES SANITAIRES

Pourquoi un plan ?

En 2003, l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) a convaincu les gouvernements qu'il fallait mettre en place une défense collective et coordonnée contre les nouvelles menaces pour la santé publique, accentuées par la mondialisation des échanges et des déplacements, accélérant ainsi le processus de révision du premier règlement sanitaire international, RSI (1969), élaboré par l'Organisation mondiale de la santé en 1969. En effet, lors de cet épisode, il est très vite apparu que son champ d'application était trop restreint, limité à la notification des cas de choléra, de peste et de fièvre jaune. D'autre part, l'OMS ne pouvait agir que si elle recevait notification officielle de la présence de cas dans un pays affecté.

Le RSI révisé a ainsi été adopté par l'Assemblée mondiale de la santé le 23 mai 2005 et est entré en vigueur le 15 juin 2007.

En tant qu'unique outil international à caractère contraignant qui existe au niveau de la santé publique, il sert de cadre institutionnel pour régir les activités de l'OMS dans le domaine de l'alerte sanitaire et de sa gestion.

Objectifs du plan

Le règlement sanitaire international vise à prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux.

Il concerne l'ensemble des événements pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI), que ce soit une infection émergente comme le SRAS, une nouvelle pandémie de grippe humaine, ou le déversement, le dégagement ou le rejet de substances chimiques, ou encore la fusion du cœur d'un réacteur nucléaire.

Dans ce cadre, deux axes de travail doivent être suivis par les États parties :

- un renforcement des systèmes nationaux de surveillance et d'action pour une détection et une évaluation précoce des alertes sanitaires ;
- un renforcement de la surveillance sanitaire mise en place, en routine et en cas d'alerte, dans les ports, aéroports et poste frontières terrestres désignés, pour éviter la propagation internationale des maladies et vecteurs de maladies.

Principales mesures

Chaque État partie doit renforcer son système de surveillance et d'action, afin d'être en mesure d'évaluer en moins de 48 heures toute alerte sanitaire, à l'aide de l'algorithme de décision annexé au RSI, puis de notifier toute USPPI potentielle en moins de 24 heures à l'OMS.

Pour ce faire, chaque État partie doit :

- identifier les acteurs intervenant dans la détection, l'évaluation et la gestion d'une alerte ;
- optimiser les circuits de transmission entre eux ;
- désigner un point focal national chargé de centraliser les alertes au niveau national et de faire le lien avec l'OMS.

Au niveau des points d'entrée internationaux désignés dans le cadre du RSI, chaque État partie doit être en mesure :

- d'assurer l'accès à un service médical approprié ;
- d'assurer la prise en charge des passagers suspects (contrôles à l'entrée et à la sortie, isolement, mise en quarantaine...);
- d'assurer l'inspection des moyens de transport ;
- de maintenir l'hygiène des services utilisés par les voyageurs ;
- d'assurer un programme de lutte contre les vecteurs et les réservoirs...

L'ensemble de ces dispositions doivent être opérationnelles au plus tard dans les cinq ans suivant l'entrée en vigueur de ce règlement, au 15 juin 2012.

Principaux partenaires

Au niveau international : l'OMS et les 194 États parties signataires du RSI.

Au niveau national : l'État et ses différents ministères, les collectivités locales, les gestionnaires de ports et d'aéroports, les compagnies de transport maritime et aérien...

Financements

Financement partagé entre l'État, les gestionnaires de ports et d'aéroports, les compagnies de transport maritime et aérien, les collectivités locales.

Modalités de suivi

Une première évaluation des capacités des structures et ressources nationales existantes à satisfaire aux prescriptions du RSI a été menée par chaque État partie en juin 2009, soit deux ans après l'entrée en vigueur de ce règlement. À la suite de cette évaluation, les États parties appliquent les plans d'action ainsi élaborés pour que ces principales capacités soient présentes et fonctionnent sur tout leur territoire au plus tard en juin 2012.

Par ailleurs, au sein de l'OMS, un comité d'examen a été institué, chargé :

- d'adresser des recommandations techniques au Directeur général de l'OMS concernant des amendements à ce règlement ;
- de donner au directeur général de l'OMS des avis tech-



niques concernant les recommandations permanentes et toute modification ou annulation de celles-ci ;

- de donner des avis techniques au directeur général de l'OMS sur toute question dont il est saisi par celui-ci concernant le fonctionnement de ce règlement.

Au niveau national, un comité de pilotage interministériel a été institué afin de suivre la mise en œuvre progressive du RSI jusqu'en 2012.

Évaluation

Types d'évaluation envisagés : audits des capacités existantes en début de programme puis en fin de programme ; par la suite des évaluations régulières seront menées pour mesurer l'efficacité du dispositif mis en œuvre.

Dates prévues : 2007, 2009, 2012 puis évaluations régulières à partir de 2012.

Organisme(s) désigné(s) : DGS/DUS pour pilotage.

Textes

Décret n° 2007-1073 du 4 juillet 2007 portant publication du règlement sanitaire international (2005) adopté par la cinquante-huitième Assemblée mondiale de la santé le 23 mai 2005.

Code de la santé publique, articles L.3115-1 et suivants, articles R.3115-1 et suivants.

Lien d'accès Internet

Le site de l'OMS contient une rubrique dédiée au RSI, contenant, outre le texte intégral, une « e-bibliothèque » utiles aux pays qui élaborent et appliquent un plan d'action national afin de se mettre en conformité avec les dispositions du règlement sanitaire international.

<http://www.who.int/csr/ihr/fr/>

Plan national de prévention et de lutte « pandémie grippale »

Délégation interministérielle à la lutte contre la grippe aviaire (DILGA)

DGS, département des urgences sanitaires et sous-direction des risques infectieux

PLAN ANTÉRIEUR :

Le Plan national de prévention et de lutte contre les pandémies grippales se veut évolutif. Ainsi, le plan actuel, daté du 20 février 2009 reprend et adapte les dispositions des plans précédents datés respectivement du 11 octobre 2004, du 6 janvier 2006 et du 9 janvier 2007.

Pourquoi un plan ?

Depuis 2003, un virus d'influenza aviaire hautement pathogène H5N1 persiste dans l'environnement. La grippe aviaire est une infection respiratoire aiguë, contagieuse, d'origine virale. Le délai d'incubation est de un à sept jours et les signes cliniques durent cinq à dix jours : le malade est contagieux 24 à 48 heures avant l'apparition des signes cliniques et le demeure pendant la période symptomatique de la maladie.

L'épizootie semble endémique dans plusieurs pays. De plus, le virus H5N1 continue d'évoluer et le franchissement de la barrière d'espèces observé dans les conditions naturelles font craindre l'émergence d'un virus grippal pandémique à partir de ce virus H5N1.

La cinétique et l'impact d'une pandémie ont été modélisés par l'Institut de veille sanitaire sur la base des pandémies historiques. En l'absence d'intervention sanitaire, le bilan français pourrait s'établir entre 9 millions et 21 millions de malades et entre 91 000 à 212 000 décès en fin de pandémie. C'est en application des recommandations internationales de l'OMS que la décision a été prise de mettre en place un plan depuis 2004. En effet, outre son impact sanitaire majeur, une pandémie pourrait provoquer durablement :

- une désorganisation du système de santé en raison de la saturation rapide des services de soins ;
- une désorganisation de la vie sociale et économique.

La grippe A/H1N1 est une infection humaine due à un nouveau virus grippal. La transmission se fait de la même manière que celle d'une grippe saisonnière :

- par la voie aérienne, c'est-à-dire la dissémination dans l'air du virus par l'intermédiaire de la toux, de l'éternuement ou des postillons ;
- par le contact rapproché avec une personne infectée par un virus respiratoire (lorsqu'on l'embrasse ou qu'on lui serre la main) ;
- par le contact avec des objets touchés et donc contaminés par une personne malade.

Objectifs du plan

Les principaux objectifs du plan sont de protéger la population en métropole et en outre-mer, ainsi que les ressortissants français à l'étranger, contre une menace de pandémie grippale, que ce soit l'épizootie d'influenza aviaire (virus H5N1) ou la pandémie déclarée par l'Organisation mondiale de la santé le 11 juin 2009, liée au virus H1N1, et de préserver le fonctionnement aussi normal que possible de la société et des activités économiques.

Le plan détermine la stratégie de préparation, puis les principes de gestion opérationnelle de la crise lorsqu'elle survient. Il s'agit :

- de préparer le pays à faire face à une pandémie grippale de grande ampleur due à un virus pathogène, à la prise en charge de personnes malades de ce virus ;
- en période d'alerte pandémique, de détecter l'apparition d'un nouveau virus grippal et de contenir sa diffusion afin d'améliorer le niveau de préparation et les capacités de réaction, de limiter le nombre de personnes infectées et d'assurer la prise en charge optimale des malades à domicile ou à l'hôpital selon la gravité de leur état ;
- en période pandémique, de freiner autant que possible la diffusion du virus, d'assurer à la population le meilleur accès aux moyens de prévention et aux soins, d'assurer les fonctions essentielles de continuité de l'action gouvernementale, de sécurité et de vie de la population, d'ordre public et de maintien de l'activité économique ;
- de remplir les engagements internationaux de la France ;
- de maintenir le lien de confiance entre la population et les pouvoirs publics ;
- d'exploiter le retour d'expérience d'événements réels et d'exercices nationaux ou internationaux pour améliorer la préparation du pays face aux menaces sanitaires majeures.

Principales mesures

Le plan est un outil opérationnel, fondé sur des mesures normées que les autorités peuvent décider d'appliquer en fonction des situations concrètes rencontrées. Des fiches d'aide à la décision ont été établies, en fonction de situations épidémiologiques identifiées. Ces fiches techniques distinguent la double problématique de l'épizootie d'influenza H5N1 et le virus H1N1 lorsqu'elles ont des impacts distincts sur les dispositions à mettre en œuvre.

NB : compte tenu du caractère évolutif de la situation liée à la pandémie en cours et de la nécessité d'adapter les réponses, les fiches techniques détaillant les mesures à prendre sont actualisées en tant que de besoin.

Les fiches sont regroupées selon les thèmes suivants :

- organisation de l'État et dispositions particulières ;
- mesures liées à la santé animale ;
- mesures de santé publique ;
- conduite à tenir face à une suspicion de cas humain ;
- organisation des soins ;
- suivi épidémiologique ;
- organisation de la vie collective ;
- information, formation et communication.

Principaux partenaires

Secrétaire général de la défense nationale, Service d'information du gouvernement, Secrétariat général aux Affaires européennes, ministères.

InVS, AFSSAPS, AFSSA, AFSSET, INPES.



Agence nationale des services à la personne (ANSP).
Groupements régionaux d'observation de la grippe (GROG).

Financements

Le financement est multiple :

- budget du Département des urgences sanitaires (DUS) du ministère de la Santé ;
- budget de l'EPRUS ;
- budget de différents ministères.

Modalités de suivi

Les réunions « Mardigrippe »

Tous les mardis, ont lieu des réunions, présidées par le Dilga. Elles réunissent les services du premier ministre (SGDN, SIG), les hauts fonctionnaires de défense des différents ministères, des experts et des professionnels concernés, sur les stratégies de préparation au risque d'une pandémie grippale.

« Copil-Infogrippe »

Ces réunions hebdomadaires organisées par le Dilga et le SIG avec les communicants des différentes administrations de l'État permettent de préparer des éléments de communication et des outils pour accompagner la mise en œuvre des mesures du plan national.

Les réunions interministérielles

Ces réunions sont présidées par les services du premier ministre et ont permis d'aborder différents thèmes comme le plan national et les fiches annexées, des modalités pratiques de mise en œuvre du plan national ou le suivi de l'évolution de l'épizootie au niveau national et dans d'autres pays.

Depuis le passage au niveau 5A d'alerte concernant la pandémie liée au virus A/H1N1, ainsi que le prévoit le plan national, la conduite opérationnelle de la réponse à la crise est assurée par le ministre de l'Intérieur qui a mis en place une cellule interministérielle de crise.

Retour d'expériences des exercices

Des exercices de mise en situation de pandémie grippale ont été régulièrement organisés afin d'entraîner les acteurs publics et privés concernés à tester les modalités de préparation et d'intervention des pouvoirs publics face à l'éventualité d'une pandémie grippale, et à tirer les enseignements nécessaires à l'amélioration du plan.

Évaluation

- Le plan national, dans ses versions successives, a fait l'objet d'évaluations multiples à la fois sur le plan international (ECDC, OMS) et national (interministériel) par des audits et par des exercices conduits dans le cadre communautaire et aux différents niveaux des services de l'État.
- Suivi des plans de continuité d'activité des ministères en liaison avec le SGDN.
- À la demande du cabinet du premier ministre, le Secrétariat général de la défense nationale (SGDN) et le Délégué interministériel à la lutte contre la grippe aviaire ont procédé à une évaluation des plans de continuité d'activité des ministères, à partir d'une grille de lecture élaborée préalablement.
- La mise en œuvre du plan national pour gérer l'épidémie due au virus A/H1N1, a montré, d'une manière générale, la pertinence des dispositions de plan.

Textes

Loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur créant un corps de réserve sanitaire.

Circulaire du 10 avril 2008 portant sur l'action des maires dans la gestion d'une crise sanitaire majeure de type pandémie grippale.

Circulaire DHOS/CGR/2007/130 du 26 mars 2007 relative à la diffusion du guide sur l'organisation des soins en pandémie grippale, à l'élaboration de l'annexe biologique « pandémie grippale » des plans blancs des établissements de santé et à la préparation du dispositif ambulatoire, pré-hospitalier et médico-social de prise en charge dans le cadre du Plan blanc élargi.

Circulaire NOR/INT/E/06/0011/C du 20 janvier 2006 et son guide de préconisations, relative à l'action des maires dans la gestion d'une crise sanitaire majeure de type pandémie grippale.

Circulaire aux préfets NOR/INT/E/06/00014/C du 20 janvier 2006 relative à l'action des maires dans la gestion d'une crise sanitaire majeure de type pandémie grippale.

Depuis le début de l'épidémie liée au virus grippale A/H1N1, différentes dispositions de gestion ont été prises dans le cadre de l'application du plan national, sous forme d'arrêtés et de circulaires techniques.

Lien d'accès Internet

Tous les documents sont disponibles sur le site

www.pandemiegrippale.gouv.fr

Plan blanc et Plan blanc élargi

Département des urgences sanitaires (DGS), Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS),
Direction générale de l'action sociale (DGAS)

Pourquoi un plan ?

Les situations de crises exceptionnelles récemment rencontrées (tempêtes, inondations, SRAS, canicule) ont mis en évidence, de par leur impact et leur intensité, tant sur la population que sur les structures sanitaires et sociales, la nécessité de s'appuyer sur un dispositif structuré afin de mettre en œuvre une politique de prévention et de gestion de crise.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique dispose que tout établissement de santé, public comme privé, est dans l'obligation d'élaborer un plan blanc lui « permettant de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature pour faire face à une situation d'urgence sanitaire, et que tout département élabore un plan blanc élargi (anciennement dénommé « schéma départemental des plans blancs »). Un guide à l'élaboration des plans blancs et plans blancs élargis a été diffusé.

Objectifs du plan

Chaque établissement de santé élabore donc un plan blanc qui lui permet de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle. Le plan blanc doit permettre d'assurer le fonctionnement des services par la coordination, la répartition et le renforcement des moyens disponibles en fonction des besoins. Cette démarche garantit que les établissements de santé aient des capacités mobilisables à tout moment.

Le plan blanc élargi est établi au niveau départemental. L'objectif de ces plans est de permettre aux préfets de disposer d'un outil de réponse aux menaces sanitaires de toute nature. Le plan blanc élargi associe tous les établissements de santé et médico-sociaux et tous les professionnels de santé qui peuvent être concernés. Il est élaboré par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Principales mesures

Il incombe à chaque établissement de santé de préparer son Plan blanc. Il est arrêté par l'instance délibérative de l'établissement de santé, sur proposition du directeur, puis transmis au préfet et au directeur général de l'agence régionale de santé. Une attention particulière est apportée à l'organisation du circuit de veille et d'alerte au sein de l'établissement afin d'optimiser les délais de réponse en cas de survenue d'une crise.

Chaque Plan blanc d'établissement définit les éléments suivants :

- les modalités de son déclenchement et de sa levée;
- les modalités de constitution et de fonctionnement de la cellule de crise;
- des modalités adaptées et graduées de mobilisation des moyens humains et matériels de l'établissement;

- les modalités d'accueil et d'orientation des victimes;
- les modalités de communication interne et externe;
- un plan de circulation et de stationnement au sein de l'établissement;
- un plan de confinement de l'établissement;
- un plan d'évacuation de l'établissement;
- des mesures spécifiques pour les accidents nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques;
- des modalités de formation et d'entraînement à la mise en œuvre du plan.

Acteurs

Au niveau national : DGS, DGOS, ASN, Service de Santé des Armées, DPSN...

Au niveau régional et départemental : ARS, préfets, SAMU...

Modalités de suivi

Le guide d'élaboration propose des indicateurs de suivi qui concernent aussi bien l'environnement (les risques prévisibles) que les moyens mobilisables pour faire face à une crise (capacités d'accueil, de décontamination...). Il incombe à l'autorité qui élabore le document (Plan blanc ou Plan blanc élargi) de déterminer les modalités de suivi.

Évaluation

Les critères d'évaluation d'un Plan blanc font l'objet d'une fiche intégrée dans le guide d'aide à l'élaboration des Plans blancs élargis et des Plans blancs des établissements de santé. Il est en particulier prévu que le plan blanc soit testé dans le cadre d'exercices dont la fréquence est au minimum annuelle.

La réglementation prévoit une révision annuelle du Plan blanc élargi. Cette révision tient notamment compte de l'évaluation des exercices de simulation (au minimum un par an).

Sources législatives et réglementaires

Articles L.3110-7 à L.3110-10 du Code de la Santé Publique.

Articles R.3131-4 à R.3131-8 du Code de la Santé Publique
CIRCULAIRE N°DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis

Lien d'accès Internet

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/planblanc/index.htm>



PLAN ANTÉRIEUR :

Plan national canicule 2004, Plan national canicule 2005, Plan national canicule 2006, Plan national canicule 2007, Plan national canicule 2008. Le plan canicule est actualisé annuellement en fonction des retours d'expérience (situations réelles et exercice).

Pourquoi un plan ?

En août 2003, la France a connu l'été le plus chaud depuis cinquante ans. Outre des températures de journée très élevées (de 35 à 40°), la canicule de l'été 2003 a été marquée par des températures nocturnes records (+de 25°) sur une période longue de 3 semaines. L'exposition d'une personne à une température extérieure élevée pendant une période prolongée, sans possibilité de récupération nocturne, est susceptible d'entraîner de graves complications par dépassement des capacités de régulation thermique du corps humain. Les périodes de fortes chaleurs sont alors propices aux pathologies directes de la chaleur (hyperthermies notamment) et/ou à l'aggravation de pathologies préexistantes, surtout chez les personnes fragiles. La canicule exceptionnelle de l'été 2003 a entraîné une surmortalité de 15 000 décès. Cet événement a révélé l'urgence de préparer spécifiquement un dispositif national de prévention et de soins et de susciter de nouvelles formes de solidarité.

Objectifs du plan

L'objectif du plan est de définir les actions de court et de moyen terme dans les domaines de la prévention et de la gestion de crise afin de réduire les effets sanitaires d'une vague de chaleur.

Le plan comporte trois niveaux :

le niveau de veille saisonnière, déclenché de manière systématique du 1^{er} juin au 31 août de chaque année ;

le niveau de « mise en garde et actions (MIGA) » déclenché par les préfets de départements lorsque les conditions météorologiques l'exigent ;

le niveau de mobilisation maximale, déclenché sur instruction du premier ministre à la demande des ministres de la Santé et/ou de l'Intérieur, lorsque la canicule est aggravée par des effets collatéraux (ruptures de l'alimentation électrique, pénurie d'eau potable, saturation des établissements de santé...).

Principales mesures

La réponse organisationnelle est fondée sur cinq piliers :

La mise en œuvre de mesures de protection des personnes à risques en institutions

Mise en place d'un **Plan bleu** dans chaque établissement accueillant des personnes âgées : pour chaque institution publique, associative ou commerciale, il définit les procédures, les protocoles de mobilisation de personnel, etc. L'installation d'au moins **pièce rafraîchie dans tous les établissements accueillant des personnes âgées** est un impératif affiché et rappelé comme étant une mesure prioritaire du plan national canicule. Une instruction du 14 juin 2007 préconise le même type de mesure dans les établissements recevant des personnes handicapées.

Le repérage des personnes à risques isolées

Les maires recueillent au sein des registres communaux les éléments relatifs à l'identité, à l'âge et au domicile des personnes âgées et handicapées qui en ont fait la demande, afin de faciliter l'intervention ciblée des services sanitaires et sociaux en cas de déclenchement du **Plan d'alerte et d'urgence instauré par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004** relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

L'alerte

Différents dispositifs d'information et de surveillance sont mis en place.

Un **système d'alerte canicule santé (SACS)** a été élaboré par l'InVS à partir d'une analyse fréquentielle de 30 ans de données quotidiennes de mortalités de différents paramètres et indicateurs météorologiques, en lien avec Météo France. Il permet de disposer d'une aide à la décision fondée sur la prévision d'un paramètre environnemental. Le SACS est activé du 1^{er} juin au 31 août. L'InVS a la charge d'avertir le ministre chargé de la Santé en cas d'alerte biométéorologique. Dans les départements concernés c'est alors le préfet qui déclenche le plan départemental de gestion d'une canicule et prend les mesures adaptées dans ce cadre. Le recueil d'informations sanitaires de l'InVS est complété par le dispositif de remontées hebdomadaires mis en place lors de la période hivernale 2008-2009. Ce dispositif permet d'obtenir, à partir des données transmises par les ARH, une lisibilité sur les tensions rencontrées par les établissements de santé et a favorisé la mobilisation et la sensibilisation des acteurs concernés. Les objectifs de ce processus sont d'avoir une image synthétique de l'état de l'offre de soin dans les établissements de santé et de mettre en évidence les phénomènes de tension. Dès le déclenchement du niveau MIGA dans un département, l'ARH concernée fera remonter les données de manière quotidienne pour l'ensemble de la région.

Par ailleurs, une **procédure de vigilance météorologique** s'adresse à l'ensemble de la population. Elle se traduit par une carte de la France métropolitaine qui signale si un danger menace un ou plusieurs départements dans les 24 heures à venir, disponible en permanence sur le site Internet de Météo France, et largement relayée par les médias.

La solidarité

Avant l'été, les préfets recensent les services de soins infirmiers à domicile, les associations et services d'aide à domicile, les associations de bénévoles et vérifient leurs dispositifs de permanence estivale.

La communication

Des actions de communication saisonnières sont mises en place dès le printemps et jusqu'à fin août.

Aux échelons national et local, un dispositif d'information est prévu, à destination du grand public, des professionnels de santé, des professionnels assurant la prise en charge des personnes fragiles ou dépendantes et des établissements de santé :

- des dépliants élaborés par l'INPES sont disponibles pendant la période de prévention. Cette année, des fascicules à destination des personnes déficientes visuelles et audi-



tives sont venus compléter ce dispositif d'information grand public. L'INPES a également édité un 4 pages à destination des professionnels sur le thème de la canicule dans la collection « Repères pour votre pratique » (2007). Enfin, un guide intitulé « les recommandations "canicule" » est disponible sur le site de l'INPES;

- en cas d'alerte, des spots télévisés et radiophoniques sont diffusés soit au niveau local (sur décision du préfet) soit au niveau national (sur réquisition du ministre chargé de la Santé); l'ensemble de ces supports de communication sont réunis par la DICOM dans un « kit canicule » accessible par l'Intranet ou par l'Internet (pour les préfectures, les services déconcentrés et les ARH);
- enfin, un centre d'appel téléphonique d'informations et de recommandations sur la conduite à tenir en cas de fortes chaleurs (0 800 06 66 66, service gratuit) est ouvert du 1^{er} juin au 31 août, sous l'égide de la DICOM.

Principaux partenaires

Directions d'administrations centrales: DGAS, DHOS, DGT, DSC...

Agences: InVS, INPES, AFSSA, AFSSAPS, AFSSET; Météo France; préfectures; DRASS; DDASS; ARH; Croix rouge française; communes, conseils généraux & régionaux.

Financements

Pour le financement des équipements de climatisation des établissements de santé financés par « dotation globale » de 2004 à 2008 inclus, les règles d'attribution étaient les suivantes: les crédits attribués ont permis de prendre en charge les surcoûts de groupe IV des équipements de climatisation des établissements de santé comportant au moins un site à équiper (amortissements et frais financiers) dans la limite de 50 % d'un montant d'investissement plafonné à 20 000 € par site. Ces crédits, non reconductibles, ont été maintenus pendant 5 ans. Les dotations attribuées aux ARH étaient en 2004 : 3,6 M€ - dépenses établissements; 2005 : 3,3 M€ - recettes assurance maladie; 2006 : 3,3 M€ - recettes assurance maladie; 2007 : 3,3 M€.

Pour les équipements de climatisation dans les établissements hébergeant des personnes âgées (EHPA) et les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), un financement « État » a été abondé à hauteur de 40 % de la dépense dans la limite de 15 000 € par tranche de 80 places autorisées.

Les dotations attribuées étaient en 2006 : de 2,015 M€ délégués aux DDASS pour solde de l'opération – 1,52 M€ au titre des reports 2005 et 0,496 M€ au titre de complément exceptionnel; 2007 : fin du financement.

Des crédits assurance maladie ont également été prévus pour financer le recrutement exceptionnel de personnels vacataires et rémunération d'heures supplémentaires en cas d'épisodes caniculaires. Les crédits attribués ont été

en 2007 : 17 M€ [14 M€ Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)/EHPA(D) et 3 M€ Unités de soins de longue durée (USLD)- répartition en fonction du déclenchement du niveau de mise en garde et actions (MIGA), premier niveau d'alerte du PNC.

Pour les établissements hébergeant des personnes âgées, les dépenses suivantes ont été engagées en 2007 : 1 M€ pour les heures supplémentaires et le recrutement temporaire de personnels répartis en fonction du déclenchement du niveau MIGA. Pour les équipements en pièces rafraîchies, les établissements hébergeant des personnes lourdement handicapées, ont reçu un crédit État plafonné à 10 000 € par tranche de 80 places dans la limite de 40 % des dépenses engagées.

Modalités de suivi et évaluation

Comité interministériel canicule (CICA) qui se réunit deux fois par an (au printemps et à l'automne).

Évaluation annuelle lors du CICA d'automne.

Textes

Code de l'action sociale et des familles : art. L.116-3, L.121-6-1 et R.1221-2 à R.121-12.

Code général des collectivités territoriales : art. L.2212-2 et L.2215-1.

Code de la sécurité sociale : art. L.161-36-2-1.

Décret n° 2004-926 du 1^{er}/09/2004 pris en application de l'article L.121-6-1 du code de l'action sociale et des familles et fixant les modalités de recueil, de transmission et d'utilisation des données nominatives relatives aux personnes âgées et aux personnes handicapées bénéficiaires du plan d'alerte et d'urgence départemental en cas de risques exceptionnels.

Décret n° 2005-768 du 7/07/2005 relatif aux conditions techniques minimales de fonctionnement des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L.312-1 du code de l'action social et des familles.

Décret n° 2005-778 du 11/07/2005 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour le rafraîchissement de l'air des locaux.

Décret n° 2005-1764 du 30/12/2005 relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

Circulaire Interministérielle N°DGS/DHOS/DGAS/DSC/DGT/DUS/UAR/2009/127 du 11/05/2009 relative aux nouvelles dispositions contenues dans la version 2009 du plan national canicule et à l'organisation de la permanence des soins propres à la période estivale.

Lien d'accès Internet

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Le_plan_national_canicule_-_version_2009.pdf

Plan grand froid – Plan hiver 2008-2009

DGS, département des urgences sanitaires (DUS), unité alertes et réponses,

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), Direction générale de l'action sociale (DGAS)

PLANS ANTÉRIEURS :

Plan hiver 2003-2004, Plan hiver 2004-2005, Plan hiver 2005-2006, Plan hiver 2007-2008. Le plan est réactualisé chaque année avant la période hivernale.

Pourquoi un plan ?

Trois facteurs contribuent à mettre le système de santé sous tension durant la période hivernale : la manifestation d'épidémies saisonnières, la possibilité d'épisodes de froid extrême et la baisse des effectifs de professionnels de santé au travail du fait des périodes de congés.

Chaque année des centaines de personnes sont victimes de pathologies provoquées par le froid. Le froid agit directement en provoquant gelures et hypothermies. Il favorise le déclenchement de syndromes de Raynaud, crises d'asthme, ou d'insuffisance coronarienne aiguë (angine de poitrine). Il favorise aussi le développement d'infections broncho-pulmonaires. Enfin, une des conséquences indirectes du froid est l'intoxication par le monoxyde de carbone, première cause de mortalité par toxique en France. Ces intoxications surviennent essentiellement entre octobre et mars. Certaines populations sont plus vulnérables. Il s'agit en premier lieu des personnes ne pouvant s'abriter du froid (sans-abris, personnes demeurant dans des logements mal chauffés ou mal isolés), et des personnes présentant une défense physiologique vis-à-vis du froid moins efficace : les jeunes enfants, les personnes âgées et les personnes présentant certaines pathologies chroniques cardiovasculaires, respiratoires ou endocriniennes. Une vague de « froid extrême » a toujours un impact sanitaire fort, notamment sur les populations vulnérables. C'est pourquoi le plan doit susciter une vigilance et une action renforcées en faveur des personnes sans abri durant la période hivernale.

Objectifs du plan

Ce plan précise, à l'approche de l'hiver, les grandes orientations en matière de prévention, de prise en charge médico-sociale, d'organisation et de permanence des soins, et de communication. Il intègre pour la première fois l'ensemble des composantes du dispositif mis en place afin de prévenir et gérer les conséquences sanitaires d'une vague de froid : la veille sanitaire, la permanence des soins hospitalière comme ambulatoire, la prise en charge médico-sociale et sociale, les mesures de prévention, les recommandations pour adapter au mieux les traitements médicamenteux en période de froid et les actions de communication.

Principales mesures**Communication préventive et information**

Les communications de l'INPES portent, d'une part, sur les pathologies hivernales, d'autre part, sur les risques liés aux vagues de froid. Des messages adaptés aux personnes les plus vulnérables (les personnes âgées ou les enfants) sont ainsi téléchargeables en ligne, pour impression et pour une diffusion locale dans les zones concernées par une vague de froid. L'accent est également mis sur la promotion

des mesures barrières et d'hygiène et une campagne de prévention des intoxications au monoxyde de carbone est reconduite chaque année depuis 2006. *Météo France* publie quotidiennement la carte de vigilance météorologique à 6 heures et 16 heures. Cette carte indique pour les 24 heures à venir le niveau de vigilance requis face au risque « grand froid ». Les départements concernés apparaissent en vigilance jaune, orange ou rouge « grand froid » selon l'intensité du phénomène prévu. À partir du niveau orange, le pictogramme « grand froid » apparaît sur la carte et des bulletins de suivi précisent la situation locale et son évolution. *La délégation à l'information et à la communication* (DICOM) du ministère de la Santé rappelle et diffuse les outils de communication INPES. Une rubrique Internet activable en cas de besoin en page d'accueil du site Internet du ministère de la Santé a été créée ; elle comprend un dossier informatif avec une « foire aux questions » (FAQ), les textes réglementaires, les supports de communication de l'INPES, les communiqués de presse éventuels et des liens vers les autres sites Internet concernés.

Vaccination des personnels de santé, mesures barrières et d'hygiène

Depuis 2000, le Comité technique des vaccinations (CTV) et le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) ont introduit dans le calendrier vaccinal une recommandation de vaccination annuelle contre la grippe des professionnels de santé et de tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des sujets à risque ou s'occupant de personnes à risque. Cette vaccination a pour objectifs de protéger les personnels, de protéger les patients et de limiter la transmission nosocomiale. Les mesures barrières et d'hygiène doivent être scrupuleusement mises en œuvre. Il s'agit de gestes simples pouvant limiter au quotidien la diffusion des agents infectieux. Ces mesures reposent en particulier sur l'hygiène des mains, le port d'un masque anti-projection par tout malade porteur d'une infection respiratoire, l'utilisation de mouchoirs à usage unique, la désinfection du matériel en contact avec le malade avec des lingettes alcoolisées, etc.

Permanence des soins ambulatoires et hospitaliers*Permanence des soins en médecine ambulatoire*

Une attention accrue est portée par le préfet pour assurer, en lien avec les conseils départementaux de l'ordre des médecins, l'organisation de la permanence des soins pendant les périodes de fêtes et de vacances scolaires.

Programmation des capacités d'hospitalisation et de la disponibilité des personnels en période de congés

La vigilance doit être renforcée pour que la coordination des établissements, notamment pendant les périodes de congés, soit assurée sous l'égide de l'ARH, afin de garantir un équilibre dans les disponibilités en lits et les besoins.

Renforcement du réseau des urgences et outils de réponse hospitaliers

La formalisation des relations entre les services des urgences et les autres services, au sein du territoire de santé



(par le réseau des urgences lorsqu'il est en place) et de l'établissement de santé (par la commission des admissions et des soins non programmés en particulier) est un facteur déterminant pour une bonne gestion en flux de la prise en charge des patients. Le réseau des urgences est appelé à devenir un élément clef de l'organisation territoriale des urgences, les directeurs d'ARH doivent veiller notamment à la mise en place des fiches de dysfonctionnement. La prévention des risques électriques dans des conditions météorologiques de froid intense est rappelée dans la circulaire n°DHOS/E4/2006/525 du 8/12/2006. Les établissements de santé vérifient leur inscription au service prioritaire, la fiabilité des installations de secours, les délais de réalimentation en cas d'avarie électrique sur les tronçons d'alimentation, les conditions de maintenance. Ils procèdent également à des tests périodiques de leur source de remplacement.

Veille sanitaire, alerte et remontées d'informations

L'Institut de veille sanitaire (InVS) et les cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE) analysent les données épidémiologiques et alertent les autorités sanitaires régionales et nationales chaque fois que la situation le nécessite. L'InVS coordonne la surveillance de la grippe en France et assure le suivi épidémiologique. Il réalise également le suivi des foyers d'infections respiratoires aiguës survenant en collectivité de personnes âgées en vue de réduire la morbidité et la mortalité dans ces établissements.

Prévisions météorologiques et dispositifs départementaux « grand froid »

Les départements remontent le niveau de déclenchement de leurs dispositifs « grand froid » aux zones de défense et au Centre opérationnel de gestion interministériel des crises (COGIC) qui est chargé d'intégrer la synthèse nationale quotidienne dans le bulletin quotidien de protection civile (BQPC) qu'il transmet aux autorités gouvernementales, et notamment au Centre opérationnel de réception et de régulation des urgences sanitaires et sociales (CORRUSS).

Interfaces avec les dispositifs médico-sociaux et sociaux

Cette mobilisation s'inscrit dans le cadre de la réforme du dispositif d'hébergement et d'accès au logement engagée en 2007 dans le cadre du Plan d'action renforcé pour les sans-abri (PARSA) et de l'adoption de la loi DALO, poursuivie cette année par le grand Chantier national prioritaire 2008-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées lancé par le premier ministre le 22/02/2008. En 2007, les niveaux de mobilisation à caractère national déterminés en fonction de la température ont disparus. Les préfets doivent prendre les mesures qui s'imposent en fonction des spécificités – et de la température – de leur territoire. Les capacités d'accueil, d'hébergement et d'insertion des plus démunis sont renforcées durant la période hivernale. Les préfets conservent la possibilité d'augmenter ponctuellement le nombre de places en réquisitionnant des gymnases ou des casernes, jusqu'aux stations de métro si nécessaire. En partenariat

avec les centres d'hébergement, la veille sociale assurée par les services de premier contact (maraude, accueil et orientation, services 115, SAMU sociaux) est renforcée. Les maraudes des équipes mobiles sont intensifiées pour rencontrer régulièrement les personnes dans la rue qui ne veulent pas aller dans les centres d'accueil.

Principaux partenaires

SAMU, SAMU social, élus locaux, préfetures, DRASS, DDASS, ARH, INPES, Météo France, CIRE.

Financements

Un budget d'environ 1 milliard d'euros est mobilisé pour assurer l'accueil et l'hébergement.

La ministre du Logement a annoncé, au titre de l'année 2008, le financement de 10 000 nuitées d'hôtel, pour apporter des réponses adaptées à la diversité des demandes d'accueil (femmes seules, familles avec enfants, demandeurs d'asile). Une enveloppe de 3 millions d'euros a été allouée à des équipes mobiles d'intervention composées de psychologues et de psychiatres qui iront à la rencontre des personnes en grande difficulté psychologique et des personnes dans la rue qui ne souhaitent pas d'hébergement.

Modalités de suivi

Des comités de pilotage départementaux de veille sociale élargis mobiliseront les acteurs concernés pour coordonner les initiatives et être au plus près des réalités du terrain. Au niveau national, une cellule de veille composée des membres du cabinet ministériel et des services concernés permettra de connaître 24 heures sur 24 l'évolution de la situation et les difficultés sur le terrain.

Une remontée d'informations hebdomadaire sera assurée par la direction générale de l'action sociale et les directions départementales des affaires sanitaires et sociales.

Textes

Circulaire interministérielle DSC/DGS/DUS/DGAS/DHOS/2008/320 du 23/10/08 précisant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour prévenir et faire face aux conséquences sanitaires propres à la période hivernale. Circulaire DHOS/E4/2009/02 du 7/01/09 relative à la prévention des coupures électriques dans des conditions climatiques de grands froids.

Instruction du 17/10/08 relative au dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion pour la période hivernale 2008-2009. Circulaire DGAS/1A/LCE/2007/377 du 19/10/07 relative au dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion – Période hivernale 2007-2008.

Voir aussi

Plan blanc et Plan blanc élargi



Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Direction générale de la santé

Secrétariat général

Division du déploiement des politiques de santé

Bureau de la programmation, de la synthèse et de l'évaluation (D.P. 1)

14, avenue Duquesne

75350 PARIS CEDEX 07 SP

Tél. secrétariat D.P. 1 : 0140565371