



Livre des plans de santé publique

2^e édition : Prévention et sécurité sanitaire



Novembre 2009

SOMMAIRE ●●●

PRÉFACE	4
INTRODUCTION MÉTHODOLOGIQUE	6
SANTÉ GÉNÉRALE DES POPULATIONS	9
Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies	10
Plan autisme	12
Plan santé des jeunes 16-25 ans	14
La prise en charge et la prévention des addictions	16
Programme d'actions sur le sommeil	18
Stratégie d'actions en matière de contraception	20
Plan national bien vieillir	22
Deuxième Programme national nutrition santé	24
Plan national de prévention bucco-dentaire	26
Plan psychiatrie et santé mentale	28
Plan périnatalité : humanité, proximité, sécurité, qualité	30
MALADIES CHRONIQUES	33
Plan cancer	34
Plan Alzheimer et maladies apparentées	36
Programme de développement des soins palliatifs	38
Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques	40
Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur	42
Programme d'actions en faveur de la bronco-pneumopathie chronique obstructive : « connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO »	44
Plan national maladies rares	46
RISQUES INFECTIEUX	49
Plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins	50
Programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013	50
Plan national de lutte contre les hépatites B et C	54
Plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques	56
Programme de lutte contre la tuberculose en France	58
Plan national anti-dissémination chikungunya-dengue en métropole	60

Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France	62
Programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST.....	64

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE 67

Plan national santé environnement	68
Plan d'action chlordécone en Martinique et en Guadeloupe	70
Plan d'action de prévention des légionelloses	72
Plan de prévention des accidents de la vie courante.....	74

PRÉPARATION ET GESTION DES ALERTES SANITAIRES 77

Règlement sanitaire international.....	78
Plan national de prévention et de lutte « pandémie grippale »	80
Plan blanc et plan blanc élargi	82
Plan national canicule	84
Plan grand froid – plan hiver	86



PRÉFACE ●●●

L'OBJECTIF du **Livre des plans** est d'offrir un panorama de l'ensemble des plans nationaux de santé. C'est un outil d'information 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.

L'édition 2009 incorpore les fiches descriptives des plans lancés depuis la première édition en octobre 2008 (hépatites B et C, Alzheimer et le nouveau Plan cancer annoncé par le président de la République le 2 novembre 2009) et actualise certaines des fiches publiées en 2008. Elle enrichit l'édition précédente des plans relatifs à la santé environnementale et à la préparation et la gestion des crises sanitaires, tels que le Plan de lutte contre la pandémie grippale.

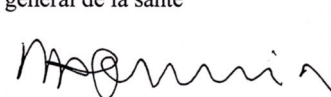
À l'instar de l'édition précédente, le parti a été pris de n'inscrire dans ce recueil que les plans pilotés ou co-pilotés par la Direction générale de la santé, sur la base d'une fiche standardisée (lire à ce sujet l'introduction méthodologique). Toutefois, d'autres départements ministériels conduisent des politiques publiques visant à répondre à des problèmes de santé, tels que le Plan santé au travail ou les dispositions concernant la santé des élèves, des étudiants ou encore des personnes détenues. Les plans et programmes existants, aussi bien au niveau national que régional, doivent tenir compte de ce dispositif d'ensemble. Ils doivent également tenir compte des plans de sécurité publique face aux menaces de nature nucléaire, radiologique, bactériologique et chimique (NRBC) qui comportent des dispositions sanitaires.

Le **Livre des plans** a vocation à être réactualisé chaque année pour tenir compte de l'activité constante de planification en matière de santé ou de l'évolution de certaines situations épidémiologiques, telles que la pandémie grippale A(H1N1) qui s'est déclarée au printemps 2009. Ainsi, pour l'année 2010, ont d'ores et déjà été annoncés de nouveaux plans portant sur les thématiques du IST-VIH/sida, des maladies rares et des accidents vasculaires cérébraux.

À l'heure de la création des agences régionales de santé par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, cet ouvrage constitue ainsi un outil d'aide à l'élaboration des futurs projets régionaux de santé des ARS.

En vue de la prochaine édition, n'hésitez pas à nous faire part de vos commentaires et propositions à l'adresse du 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 ●●●

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

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 médico-sociales 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.

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

Plan autisme 2008-2010

DGAS, sous-direction des personnes handicapées, bureau enfance handicapée «3C»

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

DHOS, sous-direction de l'organisation du système de soins, bureau de l'organisation de l'offre régionale de soins et des populations spécifiques «O2»

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 9/10 000 pour l'autisme et de 27,3/10 000 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 charge 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 corpus 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 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. Il s'agit également de développer des formations de formateurs.

DGAS, sous-direction des personnes handicapées, bureau enfance handicapée «3C»
 DGS, sous-direction promotion de la santé et prévention des maladies chroniques, bureau de la santé mentale «MC4»
 DHOS, sous-direction de l'organisation du système de soins, bureau de l'organisation de l'offre régionale de soins et des populations spécifiques «O2»

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 4 100 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 : 175,17 M€, 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 pro-

position sur l'autisme et les TED, du groupe technique administratif et du groupe de suivi scientifique.

Suivi des aspects « recherche »

Un suivi spécifique des projets et actions structurantes en matière de recherche initiés par le plan sera mis en place.

Suivi de la déclinaison du plan dans les régions avec l'aide des référents régionaux autisme et de leur réseau

Communications en direction du grand public et des professionnels par des actions nationales d'information et de communication sur toute la durée de la mise en œuvre du plan en lien avec les journées mondiales et européennes consacrées à l'autisme

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.

Voir aussi

Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008

Lien Internet vers le plan autisme

http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/PLAN_AUTISME_Derniere_version.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**, notamment en modifiant la législation pour limiter l'offre d'alcool aux mineurs entre 16 et 18 ans.
- **Prévention des déséquilibres alimentaires**
 - contrôle de l'impact de la publicité sur les jeunes : heures des programmes de diffusion, espace autour des caisses des grandes surfaces ;
 - amélioration de la qualité des repas dans les cantines scolaires et les restaurants universitaires.
- **Lutte contre l'anorexie**
 - signature d'une charte entre l'État et les professionnels du secteur de la mode et du mannequinat ;

- suivi médical des mannequins adultes ou mineurs sur la base d'un référentiel commun ;
- création d'une incrimination spécifique à l'encontre des médias incitant à une maigreur excessive.

Axe 2 : Répondre aux besoins des jeunes les plus vulnérables

- **Développement des maisons des adolescents**, créées suite aux conclusions de la conférence de la famille de 2004, dans tous les départements d'ici à 2010 : recensement et évaluation des maisons actuelles, labellisations des structures, déploiement à partir de ces maisons d'équipes mobiles pluridisciplinaires allant au-devant des jeunes.
- **Transformation du Fil Santé Jeunes en numéro à 4 chiffres**, expérimentation de la gratuité des appels à partir d'un téléphone portable.
- **Programme expérimental de prévention et d'éducation à la santé en milieu scolaire**, prioritairement dans les quartiers défavorisés : évaluation des actions menées actuellement et définition d'un module intégré dans l'emploi du temps des élèves.
- **Lutte contre les souffrances psychiques des jeunes** : formation des médecins de première ligne.
- **Lutte contre les souffrances psychiques liées à l'homophobie**, notamment avec un concours de courts-métrages mené sous l'égide du cinéaste André Téchiné et la réalisation d'une brochure sur le thème « découvrir son homosexualité ».
- **Repérage et prise en charge de la crise suicidaire** : formation des professionnels en contact avec les jeunes.
- **Développement d'une campagne « contraception 2008-2009 »** qui répond aux besoins des jeunes non scolarisés dans les quartiers populaires : deuxième phase de la campagne de l'INPES ciblée sur les jeunes, site Internet spécifique.

Axe 3 : Développer les activités physiques et sportives

- **Passage de 3 à 4 heures d'activités sportives à l'école** dès la rentrée prochaine.
- **Développement du sport à l'université** : la mission a été confiée à Stéphane Diagana.

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

- **Versement fractionné des cotisations maladie pour les prochaines inscriptions universitaires**. Les services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) pourront plus facilement



devenir des centres de santé délivrant des soins curatifs au sein même des universités.

- *Tous les jeunes de 16 à 25 ans pourront bénéficier, dès le 1^{er} janvier 2009, d'une consultation annuelle* sans avance de frais ni reste à charge chez le médecin généraliste de leur choix, même sans accord parental pour les mineurs. Ils recevront en même temps que leur première carte Vitale à 16 ans un « passeport pour la santé », leur rappelant leurs droits et indiquant les structures de soins les plus proches de chez eux.

Financements

Coût estimé : environ 30 millions d'euros.

Principaux partenaires

Ministères chargés de l'Éducation nationale et de l'Enseignement supérieur ; MILDT ; INPES.

Modalités de suivi

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

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

Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008

Stratégie d'actions en matière de contraception 2007-2009

Lien d'accès Internet au plan

Lien d'accès Internet au dossier de presse de présentation du plan

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

Pourquoi un plan ?

Ce plan a été lancé suite au discours du président de la République sur le cancer le 27 avril 2006. À l'occasion des trois ans du Plan cancer, le président de la République souhaitait donner un nouvel élan à la lutte contre le cancer. Ainsi il annonçait un plan d'action global contre les addictions.

En effet les addictions restent en France un problème de santé publique majeur, dont les impacts sanitaires, médicaux et sociaux sont multiples.

On estime que 35 % des jeunes de 17 ans ont déjà consommé de l'alcool et du cannabis simultanément, et qu'à 17 ans, un adolescent sur 5 consomme du cannabis plus de 10 fois dans l'année.

Toutes les addictions sont à prendre en compte, qu'elles soient liées ou non aux substances : tabac, alcool, drogues illicites, médicaments ou jeu. Elles peuvent mettre en difficulté toute personne qui les consomme, mais aussi son entourage et l'ensemble de la société.

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'addiction, 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 500 000 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 organisation 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 oxicomanes.

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.

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.

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

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

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

Plan national de lutte contre le cancer 2009-2013

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 ?

En France, les plaintes pour troubles du sommeil atteignent près de 30% de la population. On considère que près de 10% de la population souffre d'insomnie chronique, expliquant une part importante de la consommation annuelle française d'hypnotiques et de sédatifs.

Le temps de sommeil nécessaire n'est pas égal pour tous et le rythme endogène propre à chaque sujet explique des sensibilités individuelles lors de la phase d'entrée dans le sommeil précoce ou tardif.

La classification internationale des troubles du sommeil distingue principalement six grandes familles : insomnies, troubles respiratoires au cours du sommeil, hypersomnies d'origine centrale non reliées à un trouble du rythme circadien (jour/nuit), troubles du rythme circadien, parasomnies et mouvements anormaux en relation avec le sommeil.

Les connaissances sur le sommeil sont mal partagées par les professionnels de santé qui ne lui accordent pas toute l'importance nécessaire. Or la privation de sommeil altère les performances physiques et intellectuelles de l'individu et peut avoir des conséquences délétères à long terme sur la santé. Une somnolence diurne excessive dont seraient atteints près de 2,5 millions de Français est à l'origine d'accidents domestiques, du travail, de la voie publique ou de la route.

Enfin, les troubles du sommeil sont à l'origine de pathologies spécifiques et de pathologies d'impact, intéressant diverses spécialités (pneumologie, neurologie, ORL, endocrinologie, pédiatrie, psychiatrie).

Objectifs du plan

- **Développer les connaissances** sur les troubles du sommeil et leurs causes.
- **Favoriser** la connaissance **et développer le respect du sommeil** au sein de la population.
- **Favoriser la connaissance des troubles** du sommeil et de leur prise en charge par les professionnels de la santé et de l'éducation.
- **Réaliser des actions d'information**, de communication et d'éducation à la santé auprès de populations spécifiques : enfants, conducteurs et personnes âgées.

Principales mesures

Prévention, information et éducation à la santé

- **réaliser des études épidémiologiques** pour mieux connaître la maladie,
- **favoriser la connaissance de la population** sur le sommeil : dépliant INPES sur le sommeil de l'enfant destiné aux parents,

- **favoriser la connaissance des professionnels** de santé sur les troubles du sommeil et leur prise en charge : dépliant d'information à l'étude,
- **réaliser des actions de prévention et d'éducation** vers des publics spécifiques, enfants, conducteurs et personnes âgées : campagne audiovisuelle sur les risques d'accidents de la route liés à la somnolence, plan d'actions coordonnées élaboré par la HAS sur la prescription de psychotropes chez les personnes âgées,
- **mener des études sur les bruits** ferroviaires et des aéroports,
- **améliorer l'insonorisation** des logements,
- **réhabiliter l'acoustique des salles de repos** des écoles maternelles et des crèches.

Dépistage et prise en charge

- **améliorer l'organisation des soins** en matière de prise en charge des pathologies du sommeil : étude sur les structures pilotées par la DHOS,
- **améliorer la formation des professionnels de santé** pour le repérage et la prise en charge thérapeutique : action de formation nationale pour les professionnels des établissements de santé,
- **améliorer le dépistage et le diagnostic précoce du SAOS** : saisine de la HAS pour l'élaboration de recommandations sur le dépistage et travaux de la Société française de pneumologie sur l'amélioration de la prise en charge,
- **améliorer l'accès au diagnostic**, au traitement et à la prise en charge des maladies rares du sommeil : création de deux centres de référence, élaboration d'une carte personnelle de soins et d'information pour les patients atteints de narcolepsie, sites Internet à destination du grand public.

Recherche

- **Renforcer la recherche au niveau national et international** : développement d'axes de recherche.

Principaux partenaires

Ministères chargés de l'Éducation nationale, de l'Écologie, notamment la délégation interministérielle à la Sécurité routière, InVS, INPES.

Financements

Pas de financement spécifique.



Modalités de suivi

Comité national de suivi du programme d'actions

Composition : directeurs d'administration centrale - (DGS, DHOS, DSS), InVS, INPES, personnalités qualifiées (professions médicales).

Mission : suivi de la mise en œuvre du programme.

Outils de suivi : fiche récapitulative des différentes étapes de réalisation (elle reprend de façon chronologique toutes les étapes du pilotage et permet d'avoir une vue d'ensemble du déroulement du programme).

Tableau de suivi du programme : ce tableau présente les différentes mesures sur les différents axes avec pour chacune d'elle les objectifs, les acteurs, le calendrier, le coût et le suivi.

Fiche de suivi de chaque mesure.

Textes

Arrêté du 7 septembre 2006 instituant un groupe de réflexion en vue de la préparation d'un Plan d'actions sur les troubles du sommeil.

Décret n° 2007-418 du 23 mars 2007 créant un comité de suivi du programme d'actions sur le sommeil.

Arrêté du 23 mars 2007 portant nomination au comité de suivi du programme d'actions sur le sommeil.

Lien d'accès Internet au programme

Lien d'accès Internet au dossier de presse de présentation du programme

http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/sommeil_290107/dossier_de_presse.pdf

Pourquoi un plan ?

La situation française en matière de contraception est paradoxale. Alors même qu'on a assisté à une diffusion massive des méthodes contraceptives au cours des trente dernières années, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse ne diminue pas. Un phénomène est très préoccupant : près de deux grossesses non prévues sur trois surviennent chez des femmes qui déclarent utiliser un moyen contraceptif au moment de la survenue de la grossesse. Pour 100 femmes âgées de 20 à 44 ans, 45,4 % utilisent la pilule, 17,3 % le stérilet, 7,4 % le préservatif, 4,7 % la stérilisation féminine. L'analyse de ces données traduit les difficultés auxquelles sont confrontées les femmes dans la gestion quotidienne et à long terme d'une contraception très médicalisée.

C'est donc moins à un problème d'accès à la contraception que sont confrontées les femmes qu'à une inadéquation entre les méthodes contraceptives qui leur sont prescrites et leurs conditions de vie au quotidien.

Objectifs de la LPSP

n° 97 : « assurer l'accès à une contraception adaptée, à la contraception d'urgence et à l'IVG dans de bonnes conditions pour toutes les femmes qui décident d'y avoir recours ».

Objectifs du plan

Le plan est structuré autour de quatre axes stratégiques, déclinés en quatorze objectifs

1. Agir sur l'information du grand public et de publics ciblés

Objectif 1 : mettre à disposition du grand public et des publics ciblés des informations accessibles, claires, validées et actualisées.

Objectif 2 : assurer une information spécifique des femmes dans les suites d'un accouchement et dans les suites d'une interruption volontaire de grossesse.

2. Agir sur la pratique des prescripteurs

Objectif 3 : impulser une dynamique de modification des pratiques médicales.

Objectif 4 : faire de la consultation de contraception une véritable consultation de prévention.

Objectif 5 : renforcer l'information des professionnels intervenant dans le cadre des commissions régionales de la naissance et des permanences téléphoniques régionales.

Objectif 6 : rechercher de nouvelles voies d'information pour les professionnels de santé.

3. Améliorer l'accessibilité à la contraception

Objectif 7 : faciliter la délivrance des médicaments dans les centres de planification ou d'éducation familiale.

Objectif 8 : favoriser la prescription et la délivrance de contraceptifs au moindre coût pour les femmes et l'assurance maladie.

Objectif 9 : assurer un plus grand accès à la contraception en expérimentant la possibilité pour les sages-femmes de prescrire.

4. Améliorer les connaissances en matière de contraception aux niveaux national et européen

a) Au niveau national

Objectif 10 : améliorer les connaissances en matière d'utilisation des moyens contraceptifs.

Objectif 11 : poursuivre le recueil effectué chaque année depuis 2002 du nombre de boîtes de contraception d'urgence délivrées ou administrées aux mineures.

b) Au niveau européen

Objectif 12 : participer aux travaux européens en matière de santé reproductive dans le cadre de Reprostat 2.

Objectif 13 : repérer, dans les pays européens de niveau de vie comparable, les mesures qui ont permis de réduire la survenue de grossesses non désirées.

Objectif 14 : impulser et organiser en France un colloque européen sur la contraception.

Principales mesures

L'État impulse un programme de communication visant à promouvoir la contraception

En direction du grand public : campagne triennale menée par l'INPES « choisir sa contraception ».

En direction de publics ciblés : adolescents, personnes souffrant d'un handicap, personnes en situation de vulnérabilité, populations des départements d'outre-mer.

Nouvelle convention triennale signée entre le ministère de la Santé et le Mouvement français pour le planning familial sur le programme « contraception, sexualité, vulnérabilité » : ce programme a pour objectif de favoriser l'accessibilité aux dispositifs et aux droits en matière de contraception des populations vulnérables et de travailler sur les contraintes et obstacles spécifiques qu'elles rencontrent.

Inclure des informations sur les méthodes contraceptives

- dans le dossier guide remis à chaque femme qui demande une IVG,
- dans le carnet de santé de la maternité.

Impulser une modification des pratiques des prescripteurs de contraceptifs

- agir, soit dans le cadre de la formation initiale, soit dans le cadre de la formation médicale continue, pour que soient prises en compte par les prescripteurs les recommandations de la Haute Autorité de santé en matière de prescription contraceptive (stratégies de choix des méthodes contraceptives).



Améliorer l'accessibilité à la contraception

- faciliter la prescription de contraceptifs aux mineures dans les centres de planification (modification d'ordre réglementaire),
- étudier la possibilité d'élargir les compétences des sages-femmes en matière contraceptive.

Principaux partenaires

Ministères chargés de l'Éducation nationale, de l'Agriculture; CNAMTS; Ordre des pharmaciens, Ordre des sages-femmes.

Sociétés savantes: Collège national des gynécologues obstétriciens (CNGOF), Collège national des sages-femmes (CNSF), Collège national des généralistes enseignants (CNGE).

INPES, INSERM, HAS.

Financements

Pas de financement spécifique.

Voir aussi

Plan santé des jeunes 16-25 ans 2008-2010

Lien d'accès Internet à la stratégie

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/contraception_ivg/strategies_2007.pdf

Plan national bien vieillir 2007-2009

Plan interministériel associant les ministères chargés de la Santé et des Sports et des Solidarités et le secrétariat aux personnes âgées (pilote DGAS)

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

Pourquoi un plan ?

La France va connaître, de 2005 à 2050, une profonde transformation de la structure de sa population par âge due à la conjonction de deux facteurs : l'allongement de la durée de vie due aux progrès sanitaires et à l'élévation du niveau de vie et l'arrivée à l'âge de la retraite des « baby boomers » c'est-à-dire les personnes nées dans les années 1946-1960, alors que dans le même temps, les personnes nées dans les années 1975-1990 seront les moins nombreuses.

Le poids relatif dans notre société des personnes âgées de plus de 60 ans va donc augmenter considérablement. Au 1^{er} janvier 2006, la France compte 20,7 % de personnes âgées de plus de 60 ans. Les personnes entre 55 et 75 ans sont d'environ 10 millions. Par ailleurs si la France se situe au premier rang des États de l'Union européenne pour l'EV50 (espérance de vie à 50 ans) (35,37 ans) des femmes, elle n'est plus qu'au 10^e rang pour l'EVS150 (espérance de vie sans incapacité à 50 ans) (19,74 ans, à près de 5 ans du Danemark, au premier rang avec 24,12 ans) et au 11^e rang pour les hommes.

Ce plan a pour ambition de proposer les étapes d'un chemin pour un « vieillissement réussi » tant du point de vue de la santé individuelle que des relations sociales, en valorisant l'organisation et la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées. Il est possible actuellement de limiter la dépendance ou de la retarder par des actions d'éducation, à la santé afin d'améliorer l'espérance de vie sans incapacités.

Objectifs de la LPP

n° 98 : réduire de 20 % le nombre de personnes âgées de plus de 70 ans dénutries,

n° 99 : réduire de 25 % le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans ayant fait une chute dans l'année d'ici à 2008,

n° 100 : réduire la fréquence des prescriptions inadaptées chez les personnes âgées.

Objectifs du plan**Le plan est structuré autour de 9 axes stratégiques, déclinés en 29 mesures**

- Des stratégies de prévention des complications des maladies chroniques (hypertension, troubles sensoriels, de la marche, de l'équilibre...).
- Des comportements favorables à la santé (activités physiques et sportives, nutrition).
- L'amélioration de l'environnement individuel et collectif et de la qualité de vie de la personne âgée : logement, aides techniques, aménagement de la cité.
- Le renforcement du rôle social des seniors en favorisant leur participation à la vie sociale, culturelle, artistique, en consolidant les liens entre générations et en promouvant la solidarité intergénérationnelle.

Principales mesures

Dépister et prévenir par une consultation dite de longévité, lors d'événements de rupture comme le départ en retraite, les facteurs de risque liés au vieillissement, en mettant à disposition des professionnels des outils pratiques et en élaborant des recommandations pour le suivi des facteurs de risque d'un vieillissement pathologique par HAS/SFGG. Favoriser les sessions de préparation à la retraite et créer des outils pour les animer.

Promouvoir une alimentation équilibrée pour rester en forme après 55 ans et promouvoir une activité physique et sportive (annuaire des associations sportives), soutien des fédérations sportives, agir sur la formation des professionnels et évaluer les aptitudes physiques des seniors.

Prévenir les facteurs de risques et les pathologies influençant la qualité de vie (accidents de la vie courante et travail sur l'équilibre, prévention de l'ostéoporose, de la presbycusie, du déficit visuel, des cancers et des soins buccodentaires).

Promouvoir le bon usage des médicaments (élaboration de recommandations et diffusion des programmes informatiques d'aide à la « prescription médicamenteuse chez le sujet âgé »).

Promouvoir la solidarité entre les générations : l'intergénération et le « vivre ensemble » (contribuer au développement de la semaine bleue et favoriser les expériences d'habitat intergénérationnel).

Développer le « bien vieillir » au niveau local notamment des acteurs territoriaux et création d'un label « bien vieillir – vivre ensemble » pour promouvoir les initiatives des collectivités locales.

Développer la recherche et l'innovation : identifier les innovations les plus pertinentes, mieux connaître les interactions entre vieillesse et précarité et mettre en place des expérimentations ciblées sur certaines populations de PA (personnes sans domicile fixe vieillissantes, migrants âgés).

Inscrire la démarche française dans la dimension européenne : participation d'experts français à l'élaboration de recommandations européennes en inscrivant le principe du « bien vieillir » dans le programme européen The « Healthy ageing ».

Principaux partenaires

MJSVA, DGS, DSS, DGAS, DREES, CNSA, INPES, HAS, INCA, sociétés savantes (SFGG, SFMG, SFMS), caisses d'assurance maladie, CNRPA, CODERPA.

Plan interministériel associant les ministères chargés de la Santé et des Sports et des Solidarités et le secrétariat aux personnes âgées (pilote DGAS) DGS, bureau des cancers, des maladies chroniques et du vieillissement «MC3»

Financements

Coût estimé du plan :

- 120 000 euros pour l'axe 1,
- 850 000 euros pour l'axe 2,
- 130 000 euros pour l'axe 3,
- 75 000 euros (INPES), 35 M d'euros (montant prévisionnel du remboursement annuel pour l'osteodensitométrie), 30 000 euros (fondation Rothschild), 24 M d'euros la première année (PLF), 190 000 euros (FNPEIS), 400 000 euros (MSA) pour l'axe 4,
- 4 000 euros (DGAS) pour l'axe 6,
- 3 M d'euros (CNSA) pour 2006 pour l'axe 7,
- 500 000 euros (CNSA), 140 000 euros (DGS/DREES) pour l'axe 8.

Financeurs : État, INPES, caisses d'assurance maladie, CNSA.

Lien d'accès Internet

http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf

Modalités de suivi

Comité de suivi institué pour une durée de trois ans.

Comité technique : représentants respectifs du DGS, DHOS, DGAS, INPES, président du comité de pilotage et experts scientifiques.

Évaluation

- Bilan d'exécution de chaque mesure.
- Évaluation de la consultation de longévité avant une éventuelle généralisation.
- Un colloque en fin de plan.

Textes

Arrêté du 29 juillet 2005 portant nomination du comité de pilotage du Plan national bien vieillir 2007-2009 (JO du 12 août 2005).

Voir aussi

Programme national nutrition santé 2006-2010
Plan de prévention des accidents de la vie courante
Plan national de prévention bucco-dentaire 2006-2009
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 stratégique national de prévention des infections associées aux soins 2009-2013

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. Elles coûtent 5 milliards d'euros par an et la part attribuée à la mauvaise nutrition atteindrait 800 millions d'euros.

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. Les résultats de la première phase du PNNS, 2001-2006, ont été évalués en 2006-2007, et présentés le 12 décembre 2007. La deuxième phase du PNNS s'étend de 2006 à 2010.

La continuité entre le PNNS I et le PNNS II est un facteur clé de réussite des actions menées, qui visent avant tout à infléchir les comportements et les mentalités de l'ensemble des citoyens. Le PNNS II ne doit donc pas être regardé comme un second plan, mais comme un second volet du Programme national nutrition santé.

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 nutrition-

nelles, 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

INPES, InVS, AFSSA, AFSSAPS.
Collectivités territoriales.

Financements

En 2007, l'État a affecté 4 M€ pour l'équipement des CHU/CHR afin d'améliorer les conditions d'accueil et de prise en charge de personnes obèses.

Pour 2008, le budget du PNNS s'élève à 15,3 M€ soit:

- 4,4 M€ sur le programme santé publique, hors budget INPES et budget ANR,
- 10,9 M€ alloués à l'INPES.

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 sera effectuée par l'Inspection générale des affaires sanitaires et sociales en 2010.

Textes

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 16-25 ans 2008-2010

Plan national bien vieillir 2007-2009

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

Lien d'accès Internet au programme

http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/pnns_060906/plan.pdf

Lien d'accès Internet à la synthèse du programme

http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/pnns_060906/synthese.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 %.

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 est accompagnée de:

- **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.

Pour les personnes handicapées

- **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/site2/>,
- **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.



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

Il a pour mission d'assurer le suivi et l'évaluation du plan et de préparer ses prolongements.

Voir aussi

Plan santé des jeunes 16-25 ans 2008-2010

Plan national bien vieillir 2007-2009

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

Plan national de lutte contre le cancer 2009-2013

Pourquoi un plan ?

Dans un contexte marqué par la survenue d'événements dramatiques impliquant usagers et professionnels de la psychiatrie, le Plan psychiatrie et santé mentale a été mis en place pour renforcer la diversité et l'adaptation du dispositif de réponses apportées aux personnes souffrant de troubles psychiques. Le plan établit un ensemble cohérent d'actions touchant aux évolutions des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement en santé mentale, à la formation des professionnels concourant à cette prise en charge, ainsi qu'à la place des usagers et des familles. Les indicateurs recueillis dans le cadre d'études européennes montrent que l'état de santé psychique des personnes s'avère moins favorable en France que dans d'autres pays européens notamment en ce qui concerne les détresses psychologiques et les troubles dépressifs et anxieux. L'offre de soins fonctionne de manière trop cloisonnée et apparaît fortement hétérogène en termes de structures comme en termes de moyens humains. De ce fait, elle ne paraît pas toujours en mesure de garantir l'égalité de tous dans l'accès aux soins psychiatriques. De plus, le système de soins est souvent sollicité de manière inappropriée (trop d'hospitalisation de long séjour faute de dispositifs sociaux et médico-sociaux suffisamment nombreux). C'est donc à une refondation en profondeur que s'attache le Plan psychiatrie et santé mentale.

Les pathologies liées à la santé mentale sont souvent des pathologies au long cours génératrices de handicap psychique, mais leur expression première peut se faire sur un mode aigu (situation de crises). Les orientations données par le plan visent à assurer la fluidité des parcours de soins, ainsi qu'à organiser des réponses différenciées (prise en charge institutionnelle ou ambulatoire, sanitaire, médico-sociale ou sociale) et adaptées à chaque parcours individuel au cours du temps. Il s'appuie sur l'idée qu'une prise en charge bien conduite doit permettre au malade de conserver son autonomie et son insertion sociale et, dans la mesure du possible, doit faciliter son retour dans son cadre de vie habituel.

Dans ce contexte, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a défini **cinq objectifs à atteindre en 2009** en vue d'améliorer l'état de santé mentale de la population :

n° 57 : diminuer de 10 % le nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité,

n° 59 : diminuer de 20 % le nombre de personnes présentant des troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques non reconnus,

n° 60 : augmenter de 20 % le nombre de personnes souffrant de troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques et anxieux qui sont traitées conformément aux recommandations de bonne pratique clinique,

n° 61 : réduire la marginalisation sociale et la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques qui sont en elles-mêmes des facteurs d'aggravation,

n° 92 : réduire de 20 % le nombre de suicides en popula-

tion générale d'ici à 2008 (passer d'environ 12 000 à moins de 10 000 décès par suicide par an).

Objectifs du plan

Le plan est structuré autour de cinq axes/objectifs déclinés en sous-objectifs, hormis l'axe 4 qui décline des pathologies et des publics cibles

1. une prise en charge décloisonnée

- a. mieux informer et prévenir,
- b. mieux accueillir et mieux soigner,
- c. mieux accompagner.

2. des patients, des familles et des professionnels

- a. renforcer les droits des malades et de leurs proches,
- b. améliorer l'exercice des professionnels en santé mentale.

3. développer la qualité et la recherche

- a. favoriser les bonnes pratiques,
- b. améliorer l'information en psychiatrie,
- c. développer la recherche.

4. mettre en œuvre des programmes spécifiques

- a. dépression et suicide,
- b. actions santé-justice,
- c. périnatalité, enfants et adolescents,
- d. populations vulnérables.

5. mettre en œuvre suivre et évaluer le plan

- a. un suivi national du plan,
- b. une démarche régionale active et concertée.

Principales mesures

Formation, information

- **Consolidation de la formation des professionnels infirmiers de psychiatrie**, en particulier des nouveaux arrivants dans ce secteur, avec la mise en place d'un « tutorat » qui assure leur accompagnement par des pairs expérimentés.
- **Construction de référentiels de formations** relatifs à la souffrance psychique, aux troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent et au repérage de la crise suicidaire en lien avec l'Éducation nationale et la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) en vue de l'organisation de formations de première ligne de professionnels de la santé, du secteur social et de l'éducation, formations soutenues au niveau financier.
- **Sensibilisation, information, formation au repérage des états dépressifs** : campagne médiatique grand public sur la dépression, promotion auprès des médecins généralistes d'outils de repérage de la dépression chez la personne âgée, saisine de la HAS et l'AFSSAPS en vue de publication de recommandations de bonnes pratiques professionnelles (prescription de psychotropes, prise en charge d'une dépression chronique, diagnostic précoce de schizophrénie...).

- **Soutien aux associations de malades, de parents de personnes malades, d'usagers de la santé mentale** afin d'impulser et de faciliter le dialogue et les échanges avec les professionnels et les institutions de la psychiatrie en application de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (financement d'actions de formations de bénévoles, journées thématiques annuelles...).
- **Impulsion et promotion de travaux et d'études de portée nationale dans le domaine de la recherche épidémiologique en santé mentale**: création d'un groupement d'intérêt scientifique, financement d'études.

Soin, accompagnement et coordination des professionnels

- **Renforcement des moyens en personnels des structures d'offre sanitaire**, permettant de renforcer les prises en charge ambulatoires et de diversifier les alternatives à l'hospitalisation, ainsi que d'adapter l'hospitalisation complète en particulier en psychiatrie infanto-juvénile.
- **Effort d'investissement au bénéfice des structures de psychiatrie**, permettant de soutenir l'évolution de l'offre de soins.
- **Création de places nouvelles dédiées à des personnes handicapées du fait de troubles psychiques en établissements et en services d'accompagnement médico-sociaux** (maisons d'accueil spécialisées, foyers d'accueil médicalisés et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés). Ce programme de création de places permettra notamment d'apporter une réponse aux situations de patients hospitalisés de façon inappropriée en psychiatrie, redonnant les moyens à l'offre sanitaire de psychiatrie de répondre à l'ensemble des demandes de soins.
- **Soutien à la création de 300 groupes d'entraide mutuelle** (associations de personnes souffrant de troubles psychiques, fondées sur un but d'entraide) sur l'ensemble du territoire.
- **Développement de formules adaptées de logement**, notamment à partir de l'expérimentation de « résidences accueil » (type de maisons-relais dédiées à des personnes souffrant de troubles psychiques).
- **Création d'équipes mobiles psychiatriques spécialisées pour prendre en charge des personnes en situation de précarité ou d'exclusion**.

Principaux partenaires

INPES, HAS, INSERM, AFSSAPS.

Financements

Coût estimé: 287,5 millions d'euros sur la période 2005-2008 en moyens de fonctionnement,

- 188,5 millions en subventions au titre du FMESPP (Fonds pour la modernisation des établissements de santé

- publics et privés) sur la période 2005-2008,
- financement spécifique pour la création d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

Répartition par axe

1. 207,27 millions d'euros sur quatre ans;
2. 71 millions d'euros de moyens de fonctionnement et 35 millions d'euros par an au titre du FMESPP sur 6 ans;
3. 45 000 euros de moyens de fonctionnement et 12 millions d'euros par an au titre du FMESPP;
4. 36,4 millions d'euros de moyens de fonctionnement sur 4 ans.

Modalités de suivi

Il existe deux niveaux d'instances

- **Le comité technique de suivi du plan**, instance opérationnelle de suivi. Ce comité est composé des différentes directions d'administration centrale concernées, de la CNSA, de la MNASM, et de représentants des administrations déconcentrées et est présidé par le coordonnateur de la mise en œuvre du plan, membre de l'inspection générale des affaires sociales.
- **L'instance nationale de concertation en santé mentale** est composée, en sus des membres du comité de suivi, des représentants des professionnels exerçant en psychiatrie, des associations d'usagers et de familles, des organisations représentatives du secteur social et médico-social et des collectivités territoriales. Cette instance se réunit au moins une fois par an, notamment afin de donner un avis sur le bilan annuel de mise en œuvre du plan. Une coordination est assurée entre les niveaux national et régional, par la structuration d'un « réseau » de correspondants du plan. Des réunions régulières de l'ensemble de ces correspondants sont organisées au niveau national. La communication autour du suivi du plan est réalisée au travers de *La lettre du Plan psychiatrie et santé mentale*.

Évaluation

Évaluation annuelle par le comité de suivi. Bilan de la deuxième année de mise en œuvre 2006-2007.

Voir aussi

Plan santé des jeunes 16-25 ans 2008-2010

Plan national bien vieillir 2007-2009

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

Lien d'accès Internet au plan

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf

Pourquoi un plan ?

L'objectif central du Plan périnatalité est de trouver un bon équilibre entre la sécurité de la prise en charge des femmes enceintes et le besoin de donner une dimension humaine à l'accouchement.

D'une part, en ce qui concerne l'amélioration des soins, durant les 30 dernières années, la mortalité périnatale est passée de 35 à 6,5 décès pour 1 000 naissances, et la mortalité maternelle de 25 à 9 décès pour 100 000 naissances (données disponibles au moment de l'élaboration du plan). La position de la France en Europe reste moyenne par rapport aux indicateurs de périnatalité et plus d'un tiers des décès maternels sont évitables.

D'autre part, on observe une demande croissante, exprimée par des associations d'usagers et des professionnels de santé, de diversification de l'offre de soins visant à restituer à la grossesse son caractère naturel. Par exemple, si l'augmentation du nombre de césariennes (de 14 % en 1991 à 18 % en 2001) correspond à une certaine forme de progrès, elle témoigne également d'une « surmédicalisation » de la grossesse et de la naissance.

Objectifs de la LPSP

n° 44: « réduire la mortalité maternelle au niveau de la moyenne des pays de l'Union européenne: passer d'un taux actuel estimé entre 9 et 13 pour 100 000 à un taux de 5 pour 100 000 en 2008 ».

n° 45: « réduire la mortalité périnatale de 15 %, soit 5,5 pour 1 000 au lieu de 6,5 en 2008 ».

n° 46: « diminuer le taux de complications des grossesses extra-utérines responsables d'infertilité ».

n° 47: « réduire la fréquence des situations périnatales à l'origine de handicaps à long terme ».

Objectifs du plan

Le plan est organisé autour de cinq axes stratégiques

1. Plus d'humanité

Les futurs parents expriment un besoin d'écoute et d'information que les professionnels de la naissance doivent être en mesure de leur apporter, notamment dans le choix de la maternité, les modalités de suivi de la grossesse et le contexte de l'accouchement.

2. Plus de proximité

Il est indispensable d'organiser les conditions d'un suivi pré et post-natal proche du domicile des parents, notamment dans le cadre des réseaux de périnatalité.

3. Plus de sécurité

La sécurisation de l'accouchement passe par quatre mesures principales, la mise aux normes des maternités, l'amélioration de la prise en charge du risque obstétrical et

de la réanimation néonatale et pédiatrique, l'implantation des maternités et l'organisation des transports maternels et pédiatriques.

4. Plus de qualité

L'élaboration de référentiels doit permettre d'homogénéiser les pratiques et d'en améliorer la qualité. Ces demandes seront prises en compte sur la durée du plan.

5. Mieux reconnaître les professionnels de la naissance

En outre, le plan prévoit d'améliorer le système d'information et d'évaluation en périnatalité.

Le plan présente un objectif quantifié global, identique à celui de la LPSP du 9 août 2004: réduire la mortalité périnatale à un taux de 5,5 pour 1 000 et la mortalité maternelle à un taux de 5 pour 100 000.

Principales mesures

Entretien individuel et/ou en couple du début de grossesse (entretien prénatal précoce)

Le suivi de la grossesse est axé sur un bilan général et obstétrical dans le cadre de sept examens prénatals obligatoires. Ce suivi est complété par une préparation à la naissance au cours de séances collectives. En plus de ce dispositif antérieur au plan, un entretien individuel et/ou en couple est proposé à toutes les femmes enceintes au début de leur grossesse. Il permet aux femmes d'évoquer toutes les questions qu'elles se posent au moment de leur grossesse et qui ne relèvent pas du domaine des soins. Il permet également aux professionnels de dépister une éventuelle situation de vulnérabilité et d'orienter ainsi précocement la femme vers un professionnel ou une structure apte à mettre en œuvre un accompagnement adapté.

Développement des réseaux de périnatalité

Les réseaux de périnatalité permettent de développer la coordination inter-hospitalière public/privé et ville-hôpital. Ils définissent notamment les situations justifiant un transfert dont les conditions et l'organisation sont alors améliorées. Ce sont des réseaux qui associent les médecins et sages-femmes de ville, la PMI, les hôpitaux publics et privés.

Renforcement de la sécurité par des maternités mieux équipées et mieux pourvues en personnels

Financement de nouveaux équipements et de nouveaux personnels afin de mettre les maternités en conformité avec les décrets d'octobre 1998. Le plan prévoit des créations de postes de 480 sages-femmes, 370 praticiens hospitaliers, 1 300 infirmiers.

Mise aux normes des services de réanimation pédiatrique

Deux niveaux de prise en charge de réanimation pédiatrique sont définis: la réanimation pédiatrique et la réanimation pédiatrique spécialisée. Cette organisation-cible doit permettre un maillage du territoire garantissant une prise en charge de première intention partout où cela s'avère nécessaire pour les nourrissons et les enfants.

Financements

Coût estimé: 274 millions d'euros prévus sur la période 2005-2007, mais le financement des mesures de 2007 est étalé sur 2007-2008.

Répartition

- 239 millions d'euros pour les établissements de santé dont 209 millions d'euros pour les établissements de santé publics et 30 millions d'euros pour les établissements de santé privés. La majorité des crédits a servi à financer de nouveaux emplois,
- 30 millions d'euros pour des mesures spécifiques (réseaux, systèmes d'information, précarité),
- 5 millions d'euros pour la médecine de ville.

Principal financeur: assurance maladie.

Modalités de suivi

Commission nationale de la naissance

Composition

Administrations centrales concernées, assurance maladie, représentants de professionnels (gynécologues, sages-femmes, pédiatres, anesthésistes...), représentants des fédérations hospitalières, et représentants des usagers.

Missions

Contribuer à la réalisation des objectifs de santé publique relatifs à la périnatalité.

Apporter son concours et son expertise pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques en matière de périnatalité.

Évaluation

Une évaluation du Plan périnatalité a été engagée en 2009 par la Direction générale de la santé (DGS), en lien avec la DHOS, la DREES et la DGAS sous la présidence d'une inspectrice générale des affaires sociales (IGAS), Madame Emmanuele Jeandet-Mengual

Textes

Décret n° 2009-1216 du 9 octobre 2009.

Arrêté du 12 octobre 2009 relatif à la composition de la Commission nationale de la naissance.

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 psychiatrie et santé mentale 2005-2008

Lien d'accès Internet au plan

<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/perinatalite04/planperinat.pdf>



MALADIES CHRONIQUES ●●●

PLAN ANTÉRIEUR : Plan de lutte contre le cancer 2003-2007. Ce plan a fait l'objet d'une évaluation par le Haut Conseil de la Santé Publique en 2008-2009

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 ».

Principales mesures

Recherche

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

Observation

Mieux connaître la réalité des cancers en France.

Prévention et dépistages

Prévenir pour éviter des cancers ou réduire leur gravité.

Soins

Garantir à chaque patient un parcours de soins personnalisé et efficace.

Vivre avec et après un cancer

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

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.

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 €

Modalités de suivi

Le dispositif de suivi et d'évaluation du plan est assuré selon des modalités fondées sur les recommandations faites dans le rapport Grünfeld et dans le rapport du Haut Conseil de la santé publique.

Le pilotage et le suivi de la mise en œuvre du plan sont séparés de l'évaluation du plan.

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

Programme national nutrition santé 2006-2010

Plan national bien vieillir 2007-2009

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

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

Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012

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

Plan national maladies rares 2005-2008

Plan national de prévention bucco-dentaire 2006-2009

Lien d'accès Internet au plan

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_cancer_2009-2013.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/0/9/9/9/0/plan-alzheimer-2008-2012.pdf>

Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012

DHOS, bureau de l'organisation de l'offre régionale de soins et des populations spécifiques « O2 »

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.

Lien d'accès Internet au plan

Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012
http://www.elysee.fr/documents/index.php?mode=view&lang=fr&cat_id=8&press_id=1499

Principaux partenaires

DHOS, DGS, DGAS, 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

Les modalités de suivi du programme sont en cours de validation.

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.

Voir aussi

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

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

Plan national bien vieillir 2007-2009

Pourquoi un plan ?

15 millions de personnes, soit 20% de la population, sont atteintes de maladies chroniques en France. Fin 2007, 9,4 millions de personnes disposent d'une prise en charge en ALD et les simulations réalisées estiment que 10 millions de personnes pourraient entrer dans ce régime d'ici à 2010.

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, des troubles mentaux de longue durée (dépression, schizophrénie...), 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

L'un des enjeux premiers du plan est le développement de l'éducation thérapeutique, en ville et à l'hôpital, dans un cadre structuré et harmonisé au plan national

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,
- développer un accompagnement personnalisé des malades : expérimentations de nouveaux métiers, programmes personnalisés d'accompagnement des malades chroniques.

Le plan agit aussi sur

- l'amélioration des conditions sociales et de l'insertion professionnelle des patients, 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 1 800), porter le nombre de places en HAD à 15 000, élargir le droit à la réalisation de certains gestes techniques par les aidants familiaux et les professionnels de santé,
- l'information des personnes atteintes de maladies chroniques, des professionnels de santé et des familles : cartes individuelles de soins et d'urgences sur le modèle de la carte « insuffisance rénale », portail Internet sur les maladies chroniques,
- la recherche sur le plan épidémiologique et sur les aspects « qualité de vie ».

Principaux partenaires

INPES, HAS, InVS, IReSP, AFSSAPS ; UNCAM, UNOCAM ; sociétés savantes ; associations de patients

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

Mission: 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.

Composition: il réunit 60 membres et comprend notamment des représentants des associations de malades, des sociétés savantes, des partenaires institutionnels (assurance maladie, mutuelles), l'INPES, l'InVS, la HAS et le HCSP. Le comité se réunit au moins deux fois par an.

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

Décret n° 2007-1574 du 6 novembre 2007 modifiant l'annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles établissant le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées.

Circulaire n° DHOS/E2/2007/216 du 14 mai 2007 relative au développement de l'éducation du patient atteint de maladies: mise en œuvre d'une démarche d'évaluation des programmes éducatifs financés dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Voir aussi

Plan national de lutte contre le cancer 2009-2013

Programme d'actions en faveur de la bronco-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

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

Plan national bien vieillir 2007-2009

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

Lien d'accès Internet au plan

http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007_2011.pdf

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

DHOS, bureau de la qualité et de la sécurité des soins en établissements de santé « E2 »

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

PLANS ANTÉRIEURS :

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

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

Pourquoi un plan ?

La lutte contre la douleur répond à un objectif humaniste, éthique et de dignité de l'homme. 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.

Objectifs de la LPS

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 postopératoire, 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**

- 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 ».
- 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».
 - Requalification de la MIG (Mission d'intérêt général) «douleur chronique»,
 - Actualisation du cahier des charges des structures de prise en charge de la douleur.
 - 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, en 2009, à l'ensemble des établissements de santé, de l'indicateur traçabilité de l'évaluation de l'intensité de la douleur: les établissements de santé disposent dans le cadre d'un projet d'amélioration de la qualité des soins.

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 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

Composition

DHOS, DGS, DGAS, DREES, représentants d'organismes – sociétés savantes, syndicats, associations, AFSSAPS, HAS, INCa, Centre national de ressources de la douleur... – et personnalités qualifiées.

Mission

Suivi des actions, articulation avec celles notamment des plans «cancer», «maladies chroniques», «soins palliatifs»..., propositions pour le renforcement des actions et sur les méthodes d'évaluation du plan.

Outil de suivi

Tableau de bord du plan douleur.

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

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

Pourquoi un plan ?

Une maladie est dite rare lorsque moins d'une personne sur 2 000 en est atteinte. Pour la France, cela équivaut à moins de 30 000 personnes atteintes d'une maladie donnée. Il y a plus de 3 millions de personnes concernées par une maladie rare en France et 15 millions de malades en Europe. 80% des maladies rares sont d'origine génétique, le reste étant des maladies infectieuses ainsi que des maladies auto-immunes. 7 000 maladies rares sont identifiées à ce jour ; la littérature médicale décrit cinq nouvelles maladies rares chaque semaine.

65% des maladies rares sont graves et peuvent entraîner des handicaps sévères. Elles sont souvent caractérisées par un début précoce dans la vie, des douleurs chroniques, la survenue d'un déficit moteur, sensoriel ou intellectuel dans la moitié des cas, à l'origine d'une incapacité réduisant l'autonomie dans un cas sur trois et la mise en jeu du pronostic vital dans presque la moitié des cas.

Les maladies rares sont insuffisamment connues des professionnels de santé et cette méconnaissance est à l'origine d'une errance diagnostique et d'un retard à la prise en charge, qui nécessite le recours à des équipes hospitalières pluridisciplinaires hautement spécialisées.

Enfin, les connaissances épidémiologiques sur les maladies rares sont peu développées et la recherche médicale doit progresser.

Compte tenu de ces enjeux, les maladies rares ont été retenues comme l'une des cinq grandes priorités de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Elles ont donné lieu à un plan stratégique national préparé en étroite collaboration avec les professionnels de santé, les associations de malades et les différentes agences et institutions concernées.

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

Le plan est structuré autour de dix axes stratégiques

- Mieux connaître l'épidémiologie des maladies rares.
- Reconnaître la spécificité des maladies rares.
- Développer l'information pour les malades, les professionnels de santé et le grand public concernant les maladies rares.
- Former les professionnels à mieux les identifier.
- Organiser le dépistage et l'accès aux tests diagnostiques.
- Améliorer l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge des malades.
- Poursuivre l'effort en faveur des médicaments orphelins.
- Répondre aux besoins d'accompagnement spécifique des personnes atteintes de maladies rares et développer le soutien aux associations de malades.

- Promouvoir la recherche et l'innovation sur les maladies rares, notamment pour les traitements.
- Développer des partenariats nationaux et européens dans le domaine des maladies rares.

Principales mesures

Épidémiologie

La surveillance épidémiologique pose des problèmes en termes de classification des maladies rares et de choix d'indicateurs de surveillance. La surveillance épidémiologique des maladies rares est confiée à l'InVS depuis janvier 2005 :

- en partenariat avec la Direction générale santé et protection des consommateurs de la Commission européenne (DG Sanco), l'InVS définit les indicateurs et les outils de suivi épidémiologiques et concourt à l'amélioration de la classification des maladies rares ;
- l'InVS met en place des « registres sur les maladies rares » ;
- un suivi de cohorte concernant des personnes atteintes d'hémophilie est en cours et doit s'étendre à la maladie de Willebrand.

Recherche et promotion des médicaments orphelins

La recherche thérapeutique est un des enjeux cruciaux de la lutte contre les maladies rares. Elle passe notamment par un dialogue étroit avec les industries pharmaceutiques, et par une politique volontariste de promotion de la recherche fondamentale et de la recherche clinique.

- L'Institut des maladies rares, dont la convention a été renouvelée en 2006, associe les ministères chargés de la Recherche, de la Santé et de l'Industrie, le CNRS, l'INSERM, l'Association française contre les myopathies, l'Alliance maladies rares et la CNAMTS. Il coordonne et soutient chaque année 45 projets de recherche.
- Depuis 2001, la thématique des maladies rares a été retenue pour l'appel d'offres du PHRC (programme hospitalier de recherche clinique). Elle est devenue une priorité de ce programme depuis 2005. 67 projets de recherche ont ainsi été soutenus et financés ces 3 dernières années pour un montant total de plus de 18 millions d'euros.
- Le règlement sur les médicaments orphelins, adopté par le Parlement européen et le Conseil des ministres le 16 décembre 1999, a permis de désigner plus de 300 médicaments orphelins dont une trentaine ont obtenu l'AMM en 2006.

Information

- La base de données Orphanet développe ses services en ligne dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens conclu avec la DGS.
- 18 « cartes de soins et d'informations de maladies rares » ont été élaborées par la DGS en collaboration avec les

associations et les professionnels de santé. Ces cartes, que la personne malade porte en permanence sur elle, présentent des informations médicales personnelles, les contacts du malade et la conduite à tenir en cas d'urgence.

- Le financement et le pilotage de la téléphonie « Maladies Rares Info-services » a été confié à l'INPES.

Accès à la prise en charge

- La HAS à la suite de son avis rendu en novembre 2006 sur la prise en charge des maladies rares au titre des affections de longue durée, élabore en lien avec les centres de référence des protocoles nationaux de diagnostics et de soins qui devraient permettre, d'une part, d'améliorer la qualité des pratiques et, d'autre part, d'assurer la prise en charge par la Sécurité sociale de produits « hors panier de soins ».
- Une prise en charge par l'assurance maladie des frais de transports est instituée pour les déplacements des malades de leur domicile vers le centre de référence le plus proche.
- Le dispositif d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) qui autorise le remboursement de médicaments pour une utilisation hors AMM est maintenu.

Accès aux soins et qualité de la prise en charge

- L'une des mesures phares du plan a été la labellisation de centres de référence pour les maladies rares, structures d'excellence scientifique et clinique, assurant un rôle d'expertise et de recours auprès des familles et des professionnels de santé. 132 centres de référence ont ainsi été labellisés au travers de quatre vagues d'appel à projets auprès des CHU, pour un montant total de 40 millions d'euros. L'ensemble du champ des maladies rares est ainsi couvert.
- Afin de compléter ce dispositif à l'échelle locale, des centres de compétences ont été identifiés en 2007 par les centres de référence afin d'assurer la continuité des soins de proximité.
- Enfin, le ministère de la Santé, au travers d'appels à projets, a permis le soutien des laboratoires réalisant des actes de biologie complexes, notamment de biologie moléculaire : 82 laboratoires ont été soutenus depuis 2005 pour un montant de 9,1 millions d'euros.

Principaux partenaires

Ministère chargé de la Recherche ; InVS, INSERM, AFS-SAPS, Agence nationale de la recherche ; Associations de malades (AFM, EURORDIS, Alliance maladies rares, FMO).

Financements

Coût total annoncé : 108,46 millions d'euros sur la durée du plan 2005-2008.

Principaux financeurs : ministères chargés de la Santé et de la Recherche.

Modalités de suivi

Comité de suivi du Plan national maladies rares

Composition

Il est composé de 31 membres (spécialistes des maladies rares, représentants des professionnels de santé, représentants des associations de malades, représentants des institutions et des administrations). Ses membres sont nommés pour trois ans.

Évaluation

L'évaluation du plan a été produite par le Haut Conseil de la santé publique en avril 2009.

Textes

Règlement européen du 16 décembre 1999 relatif aux médicaments orphelins.

Arrêté du 19 octobre 2004 portant nomination au Comité national consultatif de labellisation des centres de référence de maladies rares.

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.

Arrêté du 11 octobre 2005 portant nomination au Comité de suivi du Plan national maladies rares.

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/htm/actu/maladie_rare/plan.pdf

Lien d'accès Internet au rapport d'évaluation

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



RISQUES INFECTIEUX ●●●

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 médico-sociaux, 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), 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 diagnos-

tique 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.

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

DGS, sous-direction prévention des risques infectieux
DHOS, sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé,
bureau de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé

- 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.

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

Principaux partenaires

ARS, DRASS, DDASS, ARH, établissements de santé (hôpitaux locaux, hospitalisation à domicile-HAD), établissements médico-sociaux, URPS (Unions régionales des professionnels de santé), FRPSL (Fédérations régionales des professionnels de santé libéraux), CCLIN (centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales), CTINILS (Comité technique national des infections nosocomiales et des infections liés aux 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.

Instances

- Le comité stratégique est composé de représentants des trois directions centrales de l'administration (DGS, DHOS, DGAS), des animateurs des comités de suivi des plans et programmes nationaux rattachés au plan stratégique, notamment l'InVS, de représentants des ARS et d'un représentant du réseau CCLIN-ARLIN. Il est présidé par le ministre chargé de la Santé.
- Le suivi des deux programmes nationaux en établissements et du plan d'orientation en soins de ville est assuré par un comité spécifique à chaque secteur. Chacun est composé, en majorité, de représentants des profession-

nels concernés (établissements, ou URPS pour les soins de ville), du réseau CCLIN-ARLIN et de représentant des usagers.

- Les missions du groupe de pilotage du programme national de prévention des infections nosocomiales (Groupin) sont renouvelées sous la forme d'un comité de suivi afin de faciliter le suivi des actions prévues dans ce programme.

Groupes de travail complémentaires 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'acteurs des trois secteurs de soins, des représentants des usagers et un représentant de l'ARLIN.
- Le comité stratégique et les comités de suivi des plans et programmes peuvent mobiliser pour des expertises coordonnées, les instances et structures existantes, notamment l'Institut de veille sanitaire (expertise épidémiologique), le Haut Conseil de la santé publique (expertise en prévention des IAS et en gestion du risque infectieux) et le Comité ministériel d'orientation de la recherche pour le volet recherche.

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...) pour conduire des actions d'accompagnement des acteurs des différents secteurs de soins.

Évaluation

Un comité stratégique est chargé de procéder à une évaluation annuelle 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. Chaque comité de suivi propose la liste des indicateurs utiles à l'évaluation des actions relevant de ses missions. Le

HCSP est chargé de définir le contenu technique et scientifique des indicateurs (informations nécessaires garantissant leur pertinence).

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.

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.



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

DGS, sous-direction prévention des risques infectieux
DHOS, sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé,
bureau de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé

**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 », « Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 »

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

DHOS, DSS, DAP, CNAMTS, DRASS, ARH, 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 126 204 personnes en « ALD n° 6 » sont de l'ordre de 1,1 milliard d'euros par an (tous régimes). (Source : étude « fréquence et coût des ALD », 2004, CNAMTS.)

Modalités de suivi

Instances

Le plan prévoit la mise en place d'un comité de suivi et de prospective qui assure 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 sera 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 assurera 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 22 représentants des usagers et des professionnels de santé. Ce comité fonctionnera avec 1 ou 2 réunions plénières par an. Un comité restreint d'animation d'une dizaine de membres se réunira tous les deux mois et assurera l'animation du comité de suivi.

Des groupes de travail (groupe veille expertise, groupe soutien à la mise en œuvre régionale...) seront constitués et le comité pratiquera des auditions externes en tant que de besoin. Les 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

Lien d'accès Internet au programme

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

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; AFSSA, AFSSAPS, AFSSET, 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.

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 ?

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

Plan national anti-dissémination chikungunya-dengue en métropole 2006

DGS, département des urgences sanitaires et sous-direction des risques infectieux
bureau des risques infectieux et de la politique vaccinale « R11 »

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. Ces maladies peuvent être invalidantes 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.

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 importante d'implantation de ces maladies en milieu tempéré, dès lors que le moustique qui les transmet est présent. 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).

Objectifs du plan**Ce plan repose sur quatre axes**

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.

Renforcer la lutte contre les moustiques, vecteurs potentiels de maladies.

Lutter contre l'importation de moustiques dans les transports de marchandises.

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 contre les moustiques lors de la mise en évidence de cas importés 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.

Informers et mobiliser la population et les professionnels de santé.

Sensibiliser et responsabiliser la population sur les risques liés à la prolifération du moustique, vecteur potentiel ; Renforcer l'information des voyageurs.

Informers les professionnels de santé sur la maladie.

Développer la recherche et les connaissances.

Principales mesures

La circulaire du 17 avril 2008 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 (présence de *Aedes albopictus*) et surveillance humaine. Pour cette dernière, le dispositif est adapté au risque vectoriel : dans les zones géographiques avec présence avérée du moustique, la déclaration accélérée des cas suspects. Pour le reste du territoire métropolitain, la déclaration obligatoire concerne les cas confirmés.

En matière 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 concernant la gestion des produits du corps humain (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 : avant introduction du virus, 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...).

À partir du niveau 2 (introduction du virus), les mesures de communication visent à faire adopter à la population des comportements destinés à limiter la circulation virale. 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 médecins libéraux 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



(installation de moustiquaires aux fenêtres, climatisation de certaines zones...).

Au niveau 3 d'alerte, 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.

Principaux partenaires

Entente interdépartementale pour la démoustication en Méditerranée (EID Méditerranée), ADEGE (Agence nationale pour la démoustication et la gestion des espaces naturels démoustiqués), DGS, DRASS et DDASS, InVS, CIRE, DGPR, collectivités locales, ARH, CNR, AFSSAPS, ABM, EFS, INPES.

Financements

Le plan ne prévoit pas de financement global.

9 M€ ont été consacrés en février 2006 au lancement de la recherche contre le chikungunya.

Modalités de suivi

Outils de suivi : l'EID-Méditerranée publie toutes les semaines un tableau de bord sur la surveillance et le traitement des zones d'implantation du moustique.

En ce qui concerne la région Corse, la surveillance entomologique est réalisée par la DSS de Corse et de Corse-du-Sud.

Les DDASS, transmettent à la CIRE un bilan hebdomadaire du suivi des demandes de confirmations biologiques et des prélèvements adressés au CNR des arbovirus avec les principales caractéristiques des cas et les mesures entomologiques prises. Ce bilan précise le cas échéant les coordonnées du lieu d'hospitalisation des cas confirmés dans le cadre de la déclaration obligatoire.

Évaluation

L'Entente interdépartementale de la démoustication (EID Méditerranée) produit chaque année un rapport d'activité. Un retour d'expérience sur la mise en œuvre du plan réunissant l'ensemble des acteurs est également organisé chaque année.

Textes

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.

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/DUS/RI1/2008/138 du 17 avril 2008 relative aux modalités de mise en œuvre du plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole.

Circulaire DGS/RI/2009/n° 56 du 8 juin 2009 relative aux modalités de mise en œuvre du plan anti-dissémination chikungunya-dengue en métropole.

Voir aussi

Règlement sanitaire international (2005)

Plan blanc et Plan blanc élargi

Plan national santé environnement 2009-2013

Lien d'accès Internet au programme

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

Pourquoi un plan ?

La rougeole est une des maladies infectieuses les plus contagieuses. L'incidence nationale de la rougeole était de 300 000 cas par an en 1985 et a progressivement chuté pour atteindre un nombre estimé de 10 400 cas en 2003 et 4 448 cas en 2004, soit respectivement 16 et 7 cas pour 100 000 habitants. Le vaccin contre la rougeole est pris en charge à 100 % par l'assurance maladie jusqu'à 13 ans. La couverture vaccinale était en 2005 de 85 % à 24 mois. Cette couverture est insuffisante pour éliminer la circulation du virus. De plus, certaines régions ont une couverture plus faible, comme la région Provence-Alpes-Côte d'Azur qui a connu début 2003 plusieurs flambées de rougeole.

La rubéole est une maladie bénigne mais sa survenue au cours d'une grossesse peut entraîner une atteinte très grave du fœtus. 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. Depuis 1992, un décret impose un dépistage sérologique de la rubéole lors du premier examen prénatal. Le vaccin est associé à celui contre la rougeole (depuis 1986, vaccination triple rougeole-rubéole-oreillons).

Ce plan s'intègre dans une démarche de l'OMS qui vise à éliminer la rougeole et la rubéole congénitale en commençant par certaines zones, notamment la région européenne. Cette dernière s'est donc engagée depuis 1998 dans une stratégie d'élimination de ces maladies à horizon 2010, ce qui impose une harmonisation des politiques dans les pays de la région.

La France a décidé d'entrer dans la démarche initiée par l'OMS. C'est dans ce cadre qu'un Plan national d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale a été élaboré.

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.
- Mesures de rattrapage pour les personnes âgées de 14 à 25 ans en 2005.
- Recommandations 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 2005 et 2006.
- Programme de communication sur les maladies infectieuses de l'INPES 2005-2008.

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

- Enquête séro-épidémiologique prévue en 2006.



Éviter la diffusion de la rougeole

- Élaboration de protocoles de conduite à tenir autour d'un cas ou de cas groupés.

Principaux partenaires

InVS, INPES, CNAMTS.

Financements

Coût estimé du programme : 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.

Modalités de suivi et d'évaluation

Le groupe qui a élaboré le plan se réunit au moins à trois reprises afin d'évaluer si les objectifs spécifiques du plan sont atteints

- 1^{re} réunion : fin 2007.
- 2^e réunion : fin 2008.
- 3^e réunion : fin 2010.

Voir aussi

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

Lien d'accès Internet au plan

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

Lien d'accès Internet au résumé du plan

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/rougeole/resume_plan_elimination_rougeole.pdf

PLAN ANTÉRIEUR : Plan national de lutte contre le VIH/sida 2001/2004.

Pourquoi un plan ?

La prévalence de l'infection à VIH est estimée fin 2003 à 97 000. Le nombre de séropositivités découvertes en 2003 est estimé à environ 6 000, en tenant compte d'une sous-déclaration de l'ordre de 35 %. Parmi celles-ci, 32 % sont des infections de moins de 6 mois.

Les rapports hétérosexuels représentent le premier mode de contamination depuis 2002 (51 % des nouveaux cas sida et 57 % des nouveaux cas VIH en mars 2004). Néanmoins, les hommes homosexuels représentent la population proportionnellement la plus touchée par le VIH, avec un taux de prévalence d'environ 10 %. Les étrangers représentent une part importante des nouveaux cas (57 % pour les nouveaux cas de sida et 61 % pour les nouveaux cas de VIH en 2003). On observe une proportion élevée de femmes dans la population nouvellement dépistée pour le VIH : 43 % des nouveaux cas diagnostiqués. Enfin, les 30-49 ans représentent 75 % des cas suivis à l'hôpital.

Les disparités régionales demeurent majeures : les régions les plus touchées sont l'Île-de-France (48 % des nouveaux cas de VIH en 2003) et les départements français d'Amérique (principalement Guyane, mais aussi Guadeloupe et Martinique).

La prévalence accrue du VIH dans des groupes socialement défavorisés et le poids de la maladie se traduisent par une situation sociale des personnes atteintes moins bonne que celle de la population générale en termes d'emploi et de ressources.

Ce programme élabore pour la première fois une politique de santé commune pour le VIH et les IST. En effet, les populations touchées sont souvent les mêmes, le mode de transmission des infections est commun, et les infections sexuellement transmissibles favorisent la transmission du VIH et inversement.

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 programme

Prévention

- Réduire l'incidence du VIH et des IST dans les populations et territoires prioritaires.
- Maintenir une faible incidence du VIH en population générale et lutter contre les *chlamydiae*, l'herpès et le HPV.

Dépistage

- Réduire le retard au dépistage du VIH.
- Inciter au dépistage des IST.

Suivi et prise en charge thérapeutique

- Réduire l'incidence du sida de 20 % en 5 ans et la mortalité liée au sida.
- Faciliter la prise en charge précoce.
- Harmoniser les dispositifs et les modalités de prise en charge sur l'ensemble du territoire.
- Améliorer la qualité de la prise en charge.
- Lutter contre l'échec thérapeutique et les résistances.

Soutien, accompagnement des personnes atteintes et lutte contre les discriminations

- Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes.
- Lutter contre les discriminations.

Principales mesures

Veille

- Construction d'une enquête épidémiologique en lien avec l'InVS sur la prévalence du VIH et des hépatites en milieu carcéral.
- Données issues de l'enquête « Contexte de la sexualité en France », menée par l'ANRS en 2005 et des enquêtes socio-comportementales « Connaissances, attitudes, croyances et pratiques », KAPB en anglais, sur la population générale, les migrants et les habitants des DFA (Départements français d'Amérique).
- Amélioration de la surveillance épidémiologique par l'envoi d'une lettre DGS-DHOS sensibilisant les prescripteurs au nouveau formulaire de déclaration obligatoire des infections VIH et du sida (décembre 2007).
- Estimation de la prévalence des *chlamydiae* en population générale.

Prévention

- Diversification de la communication autour du sida/VIH. Adaptation des messages et des supports en fonction de la population cible (ex : homosexuels, migrants) et des territoires (ex : départements français d'Amérique).
- Signature de conventions tripartites entre le ministère de la Santé, le ministère chargé de la Justice et des associations de prévention du sida/VIH favorisant l'intervention des associations en milieu carcéral.

Dépistage

- Modernisation du dispositif public et gratuit de dépistage : centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST recentralisés et rapprochés du dispositif de dépistage du VIH.
- Saisine de la HAS en 2006 sur la stratégie de diagnostic biologique du VIH.

Prise en charge thérapeutique

Afin d'harmoniser les dispositifs de prise en charge et leur qualité sur l'ensemble du territoire, les mesures suivantes ont été mises en place

- Création des COREVIH (Coordination régionale de lutte contre l'infection à VIH).
- Adaptation de la tarification permettant aux patients de bénéficier d'une journée d'hospitalisation annuelle de synthèse à partir de décembre 2007. Cette hospitalisation permet de faire le point sur la prise en charge des patients.
- Les recommandations des experts sont actualisées tous les deux ans : rapport de recommandations du groupe d'experts en juillet 2006 et prévu pour juillet 2008.
- Sensibilisation des partenaires et institutions : circulaire relative à l'éducation thérapeutique et à la prévention dans le domaine de la sexualité (2007) dans l'infection par le VIH.

Accompagnement

- augmentation du nombre d'appartements de coordination thérapeutique (ACT) : il existe 1 038 places fin 2007, et 190 nouvelles sont prévues en 2008.
- campagnes de lutte contre les discriminations à l'encontre des personnes séropositives, réalisées par l'INPES, au moins une par an, notamment sous forme de spots TV et d'affiches. Au début, les campagnes étaient sous une forme unique, destinées à tous les publics, puis progressivement, elles ont ciblé les populations les plus touchées (homosexuels, personnes des DFA, migrants) et ajusté les messages selon les publics visés, avec par exemple des campagnes spécifiques en direction des DFA (sur France O).
Exemple d'affiche : un portrait « ordinaire » d'un jeune homme ou d'une personne de couleur, avec un texte écrit très petit, obligeant le passant à s'approcher. Le texte est « Bravo, vous faites partie des personnes qui ne craignent pas d'approcher une personne séropositive ».

Principaux partenaires

Agences : INPES, InVS, ANRS.

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

En 2007, 37 M€ de crédits d'État DGS, dont plus de 30 délégués aux DRASS/GRSP pour le soutien aux actions locales et régionales.

L'INPES dépense annuellement 23 M€ pour le VIH, sur des fonds qui proviennent pour partie de l'État, pour partie de l'assurance maladie.

Le coût du traitement et de la prise en charge par l'assurance maladie (> 1 000 M€) n'est pas compris dans ces chiffres.

Modalités de suivi

Comité national de suivi

Mission : analyse de l'état d'avancement des objectifs du plan, et propositions d'éventuels réajustements.

Composition : DGS, DHOS, services déconcentrés, agence et associations.

Groupes de travail

- Pour le suivi des programmes d'actions (migrants, personnes homosexuelles, départements français d'Amérique).
- Pour le suivi des régions prioritaires.

Coordination par la DGS du **groupe d'experts** chargé de donner des avis sur le programme et les actions menées.
Réunion bisannuelle des chargés VIH/IST/hépatites dans les DRASS et les DDASS.

Évaluation

Évaluation prévue par la DGS et le comité de suivi du plan.

Textes

Arrêté du 19 juin 2006 relatif à la création et à la composition du groupe d'experts et des groupes de travail du rapport d'experts sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH.

Programme connexe

Programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France 2004-2006. Ce plan a fait l'objet d'une évaluation en juin 2007.

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

Lien d'accès au programme

http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/sida/sida_2005-2008.pdf

Lien d'accès programme connexe

<http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/sida/progvihmigtotal.pdf>



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.

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 lutte contre les cancers professionnels et environnementaux. En complément de ce plan, le PNSE comporte des mesures destinées à réduire voire éliminer des agents cancérigènes, quand ceux-ci relèvent d'une contamination des milieux (eau, air...);
- le Plan santé travail 2005-2009 qui détaille les mesures de santé-environnementale spécifiques au milieu de travail. Le PNSE 2 ne traite que de certaines mesures en milieu de travail, qui ont une synergie avec les autres actions de santé environnement proposées. De nouvelles mesures relatives à la santé au travail seront proposées dans le cadre du deuxième Plan santé travail ;
- le Plan de sécurité routière ;
- le Plan « accidents de la vie courante », présenté le 24 juin 2004 ;
- les Plans canicule (actif depuis le 1^{er} juin 2006) et grand froid.

Objectifs de la LPSP

n° 18 : « Habitat : réduire de 50 % la prévalence des enfants ayant une plombémie > 100 µg/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 400 Bq/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

- Réduire les expositions responsables de pathologies à fort impact sur la santé : améliorer la qualité des milieux,
- Réduire les inégalités environnementales : protéger la santé et l'environnement des personnes vulnérables.
- Réduire les inégalités environnementales : gérer les inégalités d'exposition géographique.
- Préparer l'avenir : développer la prévention et la veille vis-à-vis des risques émergents et améliorer les connaissances des impacts sur la santé de certains facteurs environnementaux.

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 polycyclique (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 produits 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 surexpo-

sition à des substances toxiques, en particulier en mettant en place des actions d'identification de ces zones.

Principaux partenaires

Plan interministériel copiloté, outre le ministère en charge de la Santé, par les ministères en charge de l'Écologie et du Développement durable et par le ministère du Travail. Il associe l'AFSSET 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, il sera créé au niveau national un comité de pilotage appelé groupe santé environnement (GSE).

Composition

- 5 collèges : État, collectivités territoriales, associations (dont les représentants d'associations agréées au titre du code de la santé et du code de l'environnement), organisations syndicales, représentant des employeurs.
- Auxquels s'associeraient des personnalités qualifiées et professionnels du système de santé et des organismes d'assurance maladie.

Missions

Ce groupe aura 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 constituera 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 œuvre du programme de biosurveillance humaine.

Voir aussi

Plan cancer 2009-2013

Lien d'accès Internet

http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/PNSE_2_OO_cle0bbed2.pdf

Pourquoi un plan ?

Utilisé en Martinique et en Guadeloupe pour lutter contre le charançon du bananier, le chlordécone est un pesticide organochloré, polluant organique persistant, pouvant se concentrer dans les organismes vivants, cancérigène possible et perturbateur endocrinien potentiel chez l'homme. Le 13 décembre 1989, après confirmation de la disponibilité d'autres produits pour lutter contre le charançon du bananier, la commission d'étude de la toxicité a proposé d'accorder un délai de deux ans pour écouler les stocks existants. Son utilisation, permise jusqu'au 29 février 1992, a été prolongée par deux dérogations successives jusqu'au 28 février 1993 puis jusqu'au 30 septembre 1993.

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 20 000 à 30 000 hectares.

Les risques liés à cette contamination constituent un enjeu sanitaire, environnemental, agricole, économique et social, inscrit dans le Plan national santé environnement. Le Plan d'action chlordécone est piloté par la Direction générale de la Santé.

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.

En matière de recherche

- 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.
- Créer un registre des cancers en Martinique et en Guadeloupe, ainsi qu'un registre des malformations congénitales.
- 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.
- 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.

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 assure la coordination du plan. 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. Le rapport 2008 a été transmis en février 2009.

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.

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)

Pourquoi un plan ?

La légionellose est une pneumopathie grave qui concerne en premier lieu les groupes à risques (personnes âgées, tabagisme, immunodéprimés) mais aussi la population générale. L'infection se fait par les voies respiratoires à partir des aérosols d'eau contaminés par les bactéries *Legionella*. Les signes cliniques de la maladie apparaissent dans les 2 à 10 jours après l'inhalation.

Le risque d'exposition des personnes aux bactéries *Legionella*, bactéries ubiquitaires de notre environnement, est très majoritairement lié à des activités anthropiques.

Les installations qui sont susceptibles de présenter un danger sont celles qui offrent les conditions favorables à la prolifération des *Legionella* (eau stagnante entre 25 et 45°C) et produisent des aérosols ou panaches d'eau qui exposent les populations.

Les installations qui présentent un risque potentiel sont nombreuses. Il convient de citer notamment :

- les réseaux d'eau chaude sanitaire des immeubles d'habitation, hôtels, campings, etc.,
- les tours aéro-réfrigérantes à l'extérieur des bâtiments, utilisées pour la climatisation ou pour le refroidissement dans le cadre d'une activité industrielle.

Le plan gouvernemental a été mis en place en juin 2004 à la suite de la plus grande épidémie de légionellose recensée dans notre pays (Pas-de-Calais, hiver 2003-2004). Le suivi épidémiologique témoigne de l'efficacité des mesures engagées depuis. Le nombre de cas a été croissant jusqu'en 2005 grâce à l'amélioration du système de surveillance de la maladie (1 527 cas en 2005). Il a marqué le pas ensuite avec une baisse significative en 2008 (1 244 cas). La France reste l'un des 3 pays au monde marqué par le plus grand nombre de cas (USA, Espagne).

Objectif de la LPSP

objectif n° 25 : réduire de 50% l'incidence des légionelloses.

Objectifs du plan

Le Plan d'actions de prévention des légionelloses a cherché à répondre aux besoins prioritaires :

- améliorer les connaissances sur la bactérie, l'exposition des personnes et la maladie ;
- améliorer la prise en charge précoce des cas de légionellose et la gestion des alertes sanitaires provoquées par les événements épidémiques ;
- maîtriser le risque sanitaire associé aux sources potentielles de contamination et améliorer leur surveillance (réseaux d'eau chaude sanitaire des immeubles, tours aéro-réfrigérantes, eaux minérales naturelles dans les établissements thermaux).

Principales mesures

En matière de prévention

Un important travail de sensibilisation et d'information a été engagé en direction des exploitants concernés. Des guides techniques très détaillés ont été établis en direction des professionnels du bâtiment (guide relatif à la maintenance des réseaux d'eau intérieurs, 2004), des établissements de santé (guide de l'eau dans les établissements de santé, 2005), des établissements de tourisme (2008). Une plate-forme d'échanges a été mise en place en 2006 avec l'Agence française de normalisation (AFNOR) et les professionnels. Des conférences sont organisées chaque semestre autour de ce sujet de santé publique.

Une action nationale prioritaire de recensement des principaux équipements potentiellement contaminants a été engagée en 2004. Les données sont mises à jour au niveau local et parfois cartographiées : les tours aéro-réfrigérantes, au nombre d'environ 15 000 sur le territoire, sont potentiellement contaminantes dans un rayon de plusieurs kilomètres lorsque leur puissance est importante.

En matière de recherche

Un important programme de recherche et de développement a fait l'objet d'une action concertée associant l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Institut national de l'environnement et des risques (INERIS).

Ce programme a eu pour objectif l'amélioration des connaissances sur les bactéries et les maladies, sur l'identification des dangers et sur l'appréciation et l'estimation des risques. 9 projets de recherche pluri-annuels ont été financés via l'AFSSET (dont 2 pour l'Institut Pasteur).

D'autres travaux d'étude ou de recherche ont également été financés par la DGS dans le cadre de conventions ou de contrats (CSTB, ECOMICTH, EDF, NANCY I, etc.).

La DGS a lancé en 2009 une étude pluri-annuelle concernant les cas sporadiques de légionellose dans l'environnement de onze centrales nucléaires de production d'électricité.

L'Institut Pasteur, le Centre national de référence des légionelles (CNR-L) et l'InVS ont organisé en 2009 une conférence internationale rassemblant, pendant 5 jours à Paris, plus de 500 chercheurs et épidémiologistes.

En matière de réglementation

Des arrêtés interministériels ont été publiés en 2004 et 2005 concernant les principales sources d'exposition : les tours aéro-réfrigérantes sont désormais inscrites à la nomenclature des installations classées et soumises au régime de la déclaration ou de l'autorisation. Les exploitants sont tenus de respecter des contraintes d'exploitation et de maintenance et d'informer les services de l'État en cas de dépassement des taux maximaux de contamination réglementaires. Les réseaux d'eau chaude sanitaire neufs des bâtiments d'habitation, des immeubles de bureaux et établissements recevant du public sont désormais soumis à des obliga-



tions réglementaires concernant la température de l'eau chaude sanitaire, établies de façon à limiter la prolifération des bactéries, et donc les risques pour les populations.

En matière de gestion du risque

Des consignes de gestion du risque ont été établies en direction des établissements de santé et des établissements d'hébergement pour personnes âgées, et ont fait l'objet depuis 2004 d'un important programme d'inspection par les DDASS (10 % des établissements de santé chaque année). Les modalités d'intervention des services de l'État ont été détaillées : – au travers d'un référentiel d'inspection (2005) ; – au travers d'un guide d'investigation et d'aide à la gestion (2005) ; – et d'une concertation interministérielle (circulaire intérieur-santé-écologie) sur l'organisation des services de l'État (2006).

Principaux partenaires

Au niveau local

Services déconcentrés (DDASS/DRASS/CIRE), services communaux d'hygiène et santé (SCHS), centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (C-CLIN) préfetures, services d'inspection des installations classées : DRIRE, STIIC, DDSV.

Au niveau central

InVS, AFSSET, INERIS, CNR-L, Centre scientifique et technique du bâtiment (CSTB), Autorité de sûreté nucléaire (ASN), Direction générale de la prévention des risques.

Financements

Le programme de recherche et de développement de l'action concertée légionelles a été financé via l'AFSSET à hauteur de 1,5 million d'euros par les ministères en charge de la Santé et de l'Écologie.

D'autres travaux ont également été financés sur ce sujet dans le cadre des conventions plus larges établies avec le CSTB, l'association des laboratoires AGLAE et l'AFNOR.

Modalités de suivi et évaluation

Le suivi des mesures engagées est réalisé régulièrement au regard des données épidémiologiques (bilans établis chaque année par l'InVS). La DGS a cartographié en 2009 les différences d'incidence de la maladie sur le territoire et a saisi l'InVS à ce sujet.

L'action des services déconcentrés a été évaluée en 2008 au regard de l'application du guide établi par la DGS en 2005. L'action des services déconcentrés sur le sujet spécifique des risques liés aux établissements de tourisme a été évaluée par l'InVS en 2009.

La connaissance de la maladie et des moyens de prévention par la population générale a été évaluée dans le cadre

de l'enquête mise en place par la DGS avec l'INPES (*Baromètre santé environnement 2007*).

Textes (depuis 2004)

Arrêté du 30/11/05 modifiant l'arrêté du 23/06/1978 relatif aux installations fixes destinées au chauffage et à l'alimentation en eau chaude sanitaire des bâtiments d'habitation, des locaux de travail ou des locaux recevant du public. Arrêté du 13/12/2004 relatif aux prescriptions générales applicables aux installations classées pour la protection de l'environnement soumises à déclaration sous la rubrique n° 2921 Installations de refroidissement par dispersion d'eau dans un flux d'air.

Arrêté du 13/12/2004 relatif aux installations de refroidissement par dispersion d'eau dans un flux d'air soumises à autorisation au titre de la rubrique n° 2921.

Circulaire interministérielle DGS/SD7A/DCS/DGUHC/DGE/DPPR n° 2007-126 du 3/04/2007 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 30/11/2005 modifiant l'arrêté du 23/06/1978 relatif aux installations fixes destinées au chauffage et à l'alimentation en eau chaude sanitaire des bâtiments d'habitation, des locaux de travail ou des locaux recevant du public. Circulaire DGS/DPPR/DGSNR/DRT n° 2006-213 du 15/05/06 relative aux modalités d'organisation des services de l'État en cas de survenue de cas groupés de légionellose. Circulaire DGS/SD6D/DHOS/02/2006/06 du 10/01/2006 relative à l'inspection sanitaire des établissements pénitentiaires.

Circulaire DGS/SD7A-DHOS/E4-DGAS/SD2 n°2005-493 du 28/10/2005 relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées.

Circulaire DHOS/E4/DGS/SD7A n° 2005-417 du 9/09/05 relative au guide technique sur l'eau dans les établissements de santé.

Circulaire DGS/SD5C/SD7A/DESUS n° 2005-323 du 11/07/2005 relative à la diffusion du guide d'investigation et d'aide à la gestion d'un ou plusieurs cas de légionellose. Circulaire DGS/SD7A/DHOS/E4 n°2005-286 du 20/06/2005 relative au référentiel d'inspection des mesures de prévention des risques liés aux légionelles dans les établissements de santé.

Circulaire interministérielle DGS/DPPR n° 2004-413 du 6/08/2004 relative à la prévention du risque sanitaire lié aux légionelles dû aux tours aéro-réfrigérantes humides.

Voir aussi

Plan national santé environnement 2009-2013

Lien d'accès Internet

http://www.ecologie.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_dossier_de_presse_version.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

- Valoriser l'installation des détecteurs avertisseurs autonomes de fumée et informer la population sur les conduites à tenir en cas d'incendie.
- Contrôler les installations électriques.
- Améliorer la résistance au feu des meubles rembourrés et diminuer le dégagement de produits toxiques, par une révision des normes en cours.

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.
- Information sur les risques de défenestration : par le biais de campagnes d'affichage et par de 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

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.



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

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



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 déchargement 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 »). Par ailleurs, un établissement de santé de référence est désigné dans chaque zone de défense. Le décret d'application du 30 décembre 2005, complété par une circulaire du 14 septembre 2006 précise les termes de la loi. Cette circulaire comprend en particulier parmi ses annexes un guide à l'élaboration des plans blancs et plans blancs élargis.

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 graves 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 départemental des affaires sanitaires et sociales avec l'appui des SAMU.

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 de l'agence régionale d'hospitalisation. 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.

Principaux partenaires

Au niveau national : DGS, DHOS, DGAS, Haut Fonctionnaire de défense et de sécurité, ASN, InVS, AFSSAPS, Service de santé des armées, Direction de la défense et de la sécurité civiles.

Au niveau régional et départemental : DRASS, DDASS, Préfets et préfets de région, 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.

Le décret du 30 décembre 2005 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).

Textes

Articles L.3110-7 à L.3110-10 du Code de la santé publique.



Département des urgences sanitaires (DGS), Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS),
Direction générale de l'action sociale (DGAS)

Décret n° 2005-1764 du 30 décembre 2005 relatif à l'organisation du système de santé en cas de menace sanitaire grave.

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 préfetures, 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; préfetures; 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

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 de la Santé et des Sports

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