



# Livre des plans de santé publique

Tome 1: Santé publique et prévention



Octobre 2008



# SOMMAIRE

<b>PRÉFACE .....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION MÉTHODOLOGIQUE .....</b>	<b>6</b>
<b>SANTÉ GÉNÉRALE DES POPULATIONS.....</b>	<b>9</b>
Plan périnatalité: humanité, proximité, sécurité, qualité .....	10
Stratégie d'actions en matière de contraception .....	12
Plan santé des jeunes 16-25 ans.....	14
Programme d'actions sur le sommeil.....	16
Programme national nutrition santé.....	18
Plan national de prévention bucco-dentaire.....	20
Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011.....	22
La prise en charge et la prévention des addictions.....	24
Plan psychiatrie et santé mentale .....	26
Plan autisme 2008-2010.....	28
Plan national santé environnement .....	30
<b>MALADIES CHRONIQUES .....</b>	<b>33</b>
Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.....	34
Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur .....	36
Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012 .....	38
Plan national concernant la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées.....	40
Programme d'actions en faveur de la bronco-pneumopathie chronique obstructive: « connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO ».....	42
Plan national maladies rares.....	44
<b>RISQUES INFECTIEUX .....</b>	<b>47</b>
Programme national de lutte contre les infections nosocomiales.....	48
Plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques.....	50
Programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST.....	52
Plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France.....	54
Programme de lutte contre la tuberculose en France.....	56
<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>59</b>

# PRÉFACE ●●●

**A** PARTIR des années 1970, les politiques publiques dans le domaine de la santé ont été amenées à évoluer sous l'influence de plusieurs facteurs déterminants internes, comme la fragilité financière du système de soins, aussi bien qu'externes, comme la politique de l'OMS et l'adoption de la Charte d'Ottawa (1986), qui définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ». Naît alors l'idée que la santé publique doit pouvoir également observer l'état de santé, de manière générale et contextualisée selon les territoires, les groupes sociaux, et prendre en compte les données économiques et financières, mais aussi environnementales, qui influencent l'état de santé d'une population.

Une étape primordiale est franchie avec l'apparition du SIDA et de plusieurs crises sanitaires qui ont montré l'insuffisance d'un système trop centré sur l'activité de soins et le besoin d'agir en amont, en menant des politiques de prévention. En cela, le SIDA a été un domaine privilégié d'expérimentation de l'élaboration d'une nouvelle approche de la santé publique en France.

Ces évolutions ont poussé de manière convergente vers une nouvelle politique de santé publique, prenant en compte les risques liés à l'environnement, aux comportements, aux expositions professionnelles, et fondée sur la prévention des grands problèmes de santé.

L'élaboration de plans nationaux de santé publique réguliers à partir des années 2000 a pour objectif de répondre à ces nouvelles approches. En effet, la programmation permet de hiérarchiser les priorités en santé publique au sommet de l'État, de mobiliser les acteurs (professionnels, agences de santé, collectivités territoriales, usagers) autour d'objectifs communs définis et d'impulser ainsi un ensemble cohérent d'actions de l'administration centrale aux établissements et aux professionnels de santé. Les plans permettent aussi d'appréhender un problème de santé publique de manière large en liant toutes les composantes de l'action publique : formation, information, prise en charge ambulatoire et hospitalière, accompagnement, réglementation.

La programmation est entrée de plain-pied dans le dispositif législatif avec la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Celle-ci définit des objectifs nationaux de santé publique, exprimés en résultats sur l'état de santé de la population. Pour les atteindre, elle détermine des plans et des programmes nationaux de santé publique, donne à la Nation les instruments d'action dont elle a besoin pour mener une politique de santé publique et organise le partenariat des acteurs de santé. Elle définit la région comme le niveau optimal de ce partenariat et donne les moyens de tenir compte des spécificités régionales. Enfin, elle permet l'évaluation de l'ensemble des actions menées.

L'objectif de ce *Livre des plans de santé publique* est d'offrir un panorama des différents plans de santé publique. Il doit être un outil utile d'information à l'usage des partenaires de l'État pour lesquels il est souvent difficile de bien connaître l'ensemble de la programmation nationale : collectivités locales, assurance maladie, agences de santé, associations de professionnels et d'usagers.



L'ensemble des fiches met en valeur les recoupements entre différents plans, signes d'une volonté politique forte qui sous-tend certaines actions de santé. Il montre aussi la très grande diversité des modes de mise en œuvre, des financements, des processus d'élaboration et d'évaluation des plans de santé publique, qui justifie d'un effort constant pour parvenir à une politique publique de prévention plus cohérente et renforcer le caractère transversal des modes d'intervention du ministère chargé de la santé.

Ce document sera mis en ligne afin d'être facilement accessible et sera régulièrement actualisé. Tel qu'il apparaît dans sa première version, le Livre des plans comporte tous les plans actifs au 1<sup>er</sup> octobre 2008. Chaque plan, au moment de son initialisation, fera l'objet d'une fiche qui alimentera ce recueil. D'autre part, un second recueil sera publié, traitant des plans dans les domaines de la veille et de la sécurité sanitaires.

Les plans présents dans ce recueil ont été recensés dans les différentes directions du ministère, auprès des responsables de chacun des plans qui ont élaboré des fiches claires, synthétiques et que je tiens à remercier pour cet important travail de pédagogie. ■

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 1er octobre 2008 et ne figurent dans ce recueil que les plans « actifs », c'est-à-dire mis en œuvre à cette date. Le recueil des plans de santé publique sera régulièrement alimenté par les plans futurs lorsqu'ils seront annoncés. Ce sera en particulier le cas du prochain plan Cancer, en cours d'élaboration à la date de publication du présent ouvrage.**

- 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 conçus, 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 la CNAMTS.

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. A 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.







# SANTÉ GÉNÉRALE DES POPULATIONS ●●●

PLAN ANTÉRIEUR : plan périnatalité 1995-2000

## 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 4<sup>e</sup> mois :

Le suivi de la grossesse est axé sur un bilan général et obstétrical dans le cadre de 7 examens prénataux 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 cours du 4<sup>e</sup> mois. 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.

### 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 réani-



mation 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

Directeurs d'administration centrale concernés, représentants des professionnels et représentants des usagers.

#### Mission

Suivi du plan et bilan annuel du plan.

## Textes

Arrêté du 11 juillet 2005 relatif à la composition de la Commission nationale de la naissance.

**Lien d'accès internet au plan :**

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

#### **Financements**

Pas de financement spécifique.

#### **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.

#### **Lien d'accès internet à la stratégie:**

[http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/contraception\\_ivg/strategies\\_2007.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/contraception_ivg/strategies_2007.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

• **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

• **Développement des maisons des adolescents,** créées suite aux conclusions de la conférence de la famille de 2004, dans tous les départements d'ici 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

• **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 Diagona.

### Axe 4

• **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<sup>er</sup> 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.

**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](http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Presentation_du_Plan_version_final.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](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/sommeil_290107/dossier_de_presse.pdf)

## Pourquoi un plan ?

Les effets des incitations permanentes à la consommation, principalement de produits gras, sucrés et salés, mais aussi les effets de la sédentarité, de l'inactivité physique et d'une consommation alimentaire excessive ont engendré une montée continue des pathologies liées à une mauvaise nutrition, comme l'obésité, le diabète de type 2, les maladies cardiovasculaires, l'ostéoporose, les troubles du comportement alimentaire ou certains cancers. Ces pathologies sont les premières causes de mortalité en France et pèsent très lourd dans les dépenses de l'assurance maladie. 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/m<sup>2</sup>) chez les adultes** (atteindre une prévalence inférieure à 33 %) et interrompre la croissance de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants. **Objectif 5 et 12 LPSP.**

**9. Augmenter l'activité physique quotidienne** par une amélioration de 25 % du pourcentage des personnes, tous âges confondus, faisant l'équivalent d'au moins une demi-heure d'activité physique d'intensité modérée, au moins cinq fois par semaine (soit 75 % des hommes et 50 % des femmes). **Objectif 9 LPSP.**

## Principales mesures

### Implication des différents acteurs de la nutrition :

- **développement de chartes d'engagements de progrès nutritionnel**, signées entre l'État et les acteurs économiques, sur la base d'un référentiel élaboré par les pouvoirs publics,
- **renforcement de la cohérence des actions mises en œuvre par divers intervenants**, notamment via la signature de chartes spécifiques avec les collectivités territoriales,
- **mise en place d'un observatoire de la qualité de l'alimentation**, chargé d'élaborer chaque année un rapport sur la situation de l'offre alimentaire, y compris sur un plan économique ;

### Éducation, information et communication ciblées :

- **poursuite et renforcement des actions de communication** et d'information sur des thématiques nutritionnelles

les, 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 Plan 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 Plan National Nutrition Santé II 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».

**Lien d'accès internet au programme :**

[http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/pnns\\_060906/plan.pdf](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](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<sup>e</sup>** 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<sup>e</sup> 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.

**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 médicosociales existantes des programmes d'accueil et des places spécifiques pour les sortants de prison, les femmes avec enfants, les personnes en situation précaires 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

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

Plan gouvernemental piloté par la mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies

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, Afsaps, 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.

### Évaluation (à compléter)

Les indicateurs de mise en œuvre et d'efficacité sont élaborés et suivis par l'OFDT (office français des drogues et toxicomanies).

**Lien internet vers le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies :**

[http://mildt.systalium.org/IMG/pdf/Plan\\_gouvernemental\\_2-008-2011-DF.pdf](http://mildt.systalium.org/IMG/pdf/Plan_gouvernemental_2-008-2011-DF.pdf)

## Pourquoi un plan ?

Ce plan a été lancé suite au discours du président de la République, Monsieur Jacques Chirac, sur le cancer le 27 avril 2006. A 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 Alcoolologie et les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes.

### Renforcer le dispositif médico-social

En augmentant les capacités d'accueil dans les communautés thérapeutiques, CSAPA, appartements de coordination thérapeutique (ACT), Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD).

### Amélioration de l'accessibilité aux traitements de substitution aux opiacés

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

### Création d'une commission Addictions

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

### Créer et organiser les réseaux de santé à thématique addictologique

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

### Établir les schémas régionaux d'addictologie

#### Intensifier le RPIB

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

#### Développer les actions de prévention pendant la grossesse

Mise en place d'un pictogramme, carnet de maternité, guide pratique, et information-sensibilisation des femmes

enceintes par les équipes hospitalières de liaison et de soins en addictologie.

### Principaux partenaires

Assurance maladie ; MILDT, INPES.

### Financements

**Coût annoncé :** 77 M€ par an

**Financier principal :** assurance maladie

### Textes

Décret du 14 mai 2007 relatif aux missions des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

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

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

#### Lien d'accès internet au plan :

[http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/plan\\_addictions\\_2007\\_2011/plan\\_addictions\\_2007\\_2011.pdf](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](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/plan_addictions_2007_2011/synthese_plan_addictions_2007_2011.pdf)

## 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 population 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 :

- mieux informer et prévenir,
- mieux accueillir et mieux soigner,
- mieux accompagner ;

### 2. des patients, des familles et des professionnels :

- renforcer les droits des malades et de leurs proches,
- Améliorer l'exercice des professionnels en santé mentale ;

### 3. développer la qualité et la recherche :

- favoriser les bonnes pratiques,
- améliorer l'information en psychiatrie,
- développer la recherche ;

### 4. mettre en œuvre des programmes spécifiques :

- dépression et suicide,
- actions santé-justice,
- périnatalité, enfants et adolescents,
- populations vulnérables ;

### 5. mettre en œuvre suivre et évaluer le plan :

- un suivi national du plan,
- 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 « tuteur » 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 généralis-

tes 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 six 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 quatre 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

**Lien d'accès internet au plan :**

[http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/sante\\_mentale/plan\\_2005-2008.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/sante_mentale/plan_2005-2008.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. A 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 contre, 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 5 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 proposition sur l'autisme et les TED, du groupe technique administratif et du groupe de suivi scientifique.

Le comité national de réflexion et de proposition sur l'autisme et les troubles envahissants du développement, qui réunit les principaux acteurs institutionnels, professionnels et associatifs, est une instance nationale consultative de pilotage de la politique de l'autisme mise en place dans le cadre du précédent plan. Deux groupes de travail permanent sont adossés à ce comité national et alimentent sa réflexion chacun dans son domaine de compétence : le groupe de suivi scientifique de l'autisme qui réunit des experts scientifiques cliniciens et chercheurs et le groupe technique administratif qui rassemble les directions ministérielles, les services déconcentrés de l'état et les principaux partenaires institutionnels nationaux et régionaux.

**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

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.

## Sources législatives et réglementaires

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.

**Lien internet vers le plan autisme :**

[http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/PLAN\\_AUTISME\\_Derniere\\_version.pdf](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/PLAN_AUTISME_Derniere_version.pdf)

## Pourquoi un plan ?

Les impacts de l'environnement sur notre santé sont manifestes. Environ 30 000 décès anticipés par an sont liés à la pollution atmosphérique urbaine. En 20 ans, la prévalence des maladies allergiques respiratoires a doublé. Seules 50 % des ressources en eau potable disposent aujourd'hui de périmètres de protection. 7 à 20 % des cancers seraient imputables à des facteurs environnementaux. 14 % des couples consultent aujourd'hui pour des difficultés à concevoir, lesquelles difficultés pourraient être liées à des expositions à des substances toxiques pour la reproduction.

Élaboré sous l'impulsion du Président de la République, le plan national santé environnement (PNSE) a été adopté le 21 juin 2004 par le Premier ministre. Prévu pour une durée de cinq ans (2004-2008) et piloté par les ministères en charge de l'environnement, de la santé, du travail et de la recherche. Il tend à unifier et rendre cohérents les processus engagés en matière de santé - environnement et à donner une nouvelle impulsion et une accélération dans la conduite de projets menés tant au niveau national que régional, le PNSE faisant l'objet d'une déclinaison dans chacune des régions. Il vise par ailleurs à renforcer l'expertise, la recherche, la formation et l'information en matière de santé environnement.

## Objectifs du plan

Les objectifs particuliers du plan sont :

- 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 sensibles (enfants et femmes enceintes).

## Principales mesures

Le plan comporte quarante-cinq actions dont les douze actions prioritaires suivantes :

*Qualité de l'air et de l'eau :*

- réduire les émissions de particules diesel par les sources mobiles,
- réduire les émissions aériennes de substances toxiques d'origine industrielle,
- assurer une protection de la totalité des captages d'eau potable,
- mieux connaître les déterminants de la qualité de l'air intérieur,
- mettre en place un étiquetage des caractéristiques sanitaires et environnementales des matériaux de construction ;

*Prévention des pathologies d'origine environnementale, notamment les cancers :*

- réduire les expositions professionnelles aux agents cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques,
- renforcer les capacités d'évaluation des risques sanitaires des substances chimiques dangereuses,
- renforcer les connaissances fondamentales des déterminants environnementaux et sociétaux de la santé des populations et le développement de nouvelles méthodes en sciences expérimentales ;

*Information du grand public et protection des populations sensibles :*

- faciliter l'accès à l'information en santé-environnement et favoriser le débat public,
- réaliser une étude épidémiologique sur les enfants,
- améliorer la prévention du saturnisme, le dépistage et la prise en charge des enfants intoxiqués,
- réduire de 50 % l'incidence de la légionellose.

## Principaux partenaires

Plan interministériel copiloté, outre le ministère en charge de la santé, par les ministères en charge de l'écologie du travail et de la recherche.

Il associe l'AFSSET et l'InVS

## Financements

**Coût estimé du plan pour le ministère chargé de la santé :**

13 M€ par an pour l'administration centrale et les services déconcentrés,

**Autres financeurs :** ministères chargés de l'écologie, du travail et de la recherche, AFSSET, InVS.

## Modalités de suivi

**Comité de pilotage du plan :**

*Composition :*

**COPIL restreint :** représentants des quatre ministères pilotes, de l'AFSSET et de l'InVS,

**COPIL élargi :** représentants des ministères concernés (services centraux et déconcentrés), organismes publics concernés ;

*Missions :*

Le comité suit la mise en œuvre du plan et assure la valorisation des résultats obtenus et l'information du gouvernement (bilan annuel).

Le COPIL restreint se réunit tous les deux mois, le COPIL élargi, deux fois par an.



### Outil de suivi :

tableau de bord de suivi des actions.

## Évaluation

Comité d'évaluation (CODEV) : ce comité constitué d'experts et de représentants de la société civile a été mis en place en juin 2006 pour une évaluation à mi-parcours. Le secrétariat du CODEV était assuré par l'AFSSET.

### Cette évaluation a porté sur les questions suivantes :

- les grands objectifs visés par le PNSE sont-ils à la hauteur des enjeux exprimés dans le rapport de la Commission d'Orientation ?
- les actions inscrites dans le PNSE sont-elles de nature à contribuer à la réalisation des objectifs fixés ?
- dans quelle mesure leur mise en œuvre est-elle effective ?
- à partir de quelques exemples, vous apprécierez ce que l'on peut déjà percevoir de l'impact du PNSE sur les politiques publiques en matière de réduction des risques sanitaires environnementaux.

La finalité de l'évaluation à mi-parcours était donc d'établir un bilan du processus déployé, des réalisations en cours et, dans la mesure du possible, de leurs premiers effets. Elle est aussi d'identifier les ajustements nécessaires pour la période restante. Le rapport de mi-parcours a été remis le 2 août 2007.

L'étude de l'avancement des actions au 1<sup>er</sup> janvier 2007 réalisée dans ce cadre montre que 60 % des actions ont un avancement à mi-parcours conforme aux prévisions (28 sur 45). Sept actions, quoiqu'engagées, présentent un léger retard au regard des objectifs formulés dans le PNSE. Huit actions connaissent un retard significatif et deux actions, un retard préoccupant.

### Lien d'accès internet au plan :

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/pnse/rapport.pdf>

### Lien d'accès internet au résumé du plan :

[http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/pnse/resume\\_fr.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/pnse/resume_fr.pdf)

### Lien d'accès internet à l'évaluation du plan à mi-parcours :

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/pnse/bilan2005.pdf>







# MALADIES CHRONIQUES ●●●

## 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 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 concer-

nées. 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).

#### **Lien d'accès internet au plan :**

[http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/plan2007\\_2011.pdf](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 LPSP :**

**n° 31 :** « prévenir la douleur d'intensité modérée et sévère dans au moins 75 % des cas où les moyens techniques actuellement disponibles permettent de le faire, notamment en 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'Etude et de Traitement de la Douleur), SFAP (Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs), SFGG (Société Française de Gériatrie et Geron-tologie), 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.

#### Lien d'accès internet au plan :

[http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/prog\\_douleur/doc\\_pdf/plan\\_douleur06\\_2010.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/prog_douleur/doc_pdf/plan_douleur06_2010.pdf)

**Programme de développement des soins palliatifs 2008-2012**

Annoncé le 13 juin 2008.

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

DGS, bureau MC3 « Cancers, maladies chroniques et vieillissement »

**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 programme de développement ?**

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.

### 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.

### 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](http://www.elysee.fr/documents/index.php?mode=view&lang=fr&cat_id=8&press_id=1499)

**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<sup>er</sup> janvier 2002 ;

**2. Plan maladie Alzheimer et maladies apparentées 2004-2007, 10 objectifs pour améliorer la qualité de vie des malades et de leurs proches :**

- 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, 366 consultations mémoire sont recensées au 31/12/2006, et de 26 nouveaux « centres de mémoire de ressource et de recherche » (CMRR),
- création de 5 400 places de SSIAD, création de 4 600 places d'accueil de jour et 2 300 places d'hébergement temporaire, afin de soulager les familles, qui prennent en charge à domicile un parent atteint de la maladie (chiffres au 31 décembre 2006),
- 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. Pour l'année 2007, ce forfait est de 3 000 €/place/an,
- mode de tarification spécifique dans les EHPAD permettant d'allouer des moyens supplémentaires pour les établissements accueillant des malades d'Alzheimer, une enveloppe budgétaire de 88 millions d'euros a été allouée pour renforcer l'encadrement en personnel dans les maisons de retraite,
- 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,
- 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 à partir de février 2007.

## Pourquoi un plan ?

Étroitement liée au vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées a été particulièrement forte au cours des dernières années. On dénombre, en 2007, 340 000 ALD et une étude menée en Aquitaine (étude PAQUID) estime à 830 000 le nombre de personnes atteintes par la maladie en France. De plus, environ 10 000 nouveaux malades, chaque année, sont âgés de moins de 60 ans. Ils sont considérés comme des malades jeunes, auxquels le plan tente d'apporter une aide spécifique.

L'impact sur la santé de ces pathologies en année de vie perdue/incapacité est élevé pour la personne atteinte mais la maladie d'Alzheimer altère aussi la santé de l'aidant, souvent le conjoint ou l'enfant, qui perd un à deux ans d'espérance de vie.

Or, à l'heure actuelle, il n'existe aucun traitement curatif de la maladie d'Alzheimer. Les concepteurs du plan dressent un constat sévère sur l'état de la recherche sur la maladie d'Alzheimer en France : celle-ci est sous-dimensionnée, quantitativement insuffisante, dispersée et lacunaire. Enfin, la situation de la recherche universitaire en sciences sociales ne permet pas à cette dernière de répondre aux questions soulevées par cette maladie.

Enfin, le coût de la maladie est important en raison de la forte dépendance qu'elle engendre.

**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 autour de quatre grandes orientations :**

1. **« le malade est le cœur de l'action »**, c'est-à-dire renforcer la dimension éthique de la prise en charge de la maladie,
2. **« une vision pour l'Alzheimer »**, c'est-à-dire définir l'objectif commun qui puisse fédérer les chercheurs et orienter leurs recherches dans le domaine des sciences médicales et biologiques mais aussi dans le domaine des sciences humaines,
3. **« une intelligence pour la médecine »**, c'est-à-dire rechercher l'amélioration constante de l'offre médicale et des pratiques,
4. **« un accompagnement du parcours de vie »**, c'est-à-dire développer un aide personnalisée pour tout malade, en plus des soins.

## Principales mesures

**Recherche**

Une fondation de coopération scientifique sera créée pour donner un nouvel élan à la recherche sur la maladie d'Alzheimer. Adossée à l'INSERM, cette fondation aura pour mission d'attirer les meilleurs chercheurs français et étrangers et de soutenir les meilleures équipes. Elle devra développer des partenariats avec des acteurs privés. Entre 2008 et 2012, 200 millions d'euros seront consentis pour la recherche avec un objectif prioritaire : découvrir ou valider un diagnostic et un traitement en France ;



### Simplification et amélioration du parcours du malade et de sa famille :

Les structures de diagnostic vont être développées afin de réduire les délais pour obtenir un rendez-vous et obtenir un diagnostic. Un dispositif d'annonce et d'accompagnement de la maladie sera mis en place,

Création d'équipes spécialisées (avec psychomotricien et ergothérapeute) au sein des services de soins à domicile, Création de « maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer ». Ces dernières seront la porte d'entrée unique des familles dans le dispositif de prise en charge. Les premières expérimentations de ces maisons seront couplées avec le déploiement d'un numéro de téléphone national pour informer les familles et les orienter, Adaptation du domicile ou de l'établissement d'hébergement à la spécificité des malades d'Alzheimer. En établissement, 30 000 places feront l'objet d'un renforcement en personnel pour offrir aux patients des soins et des activités adaptés,

Création d'unités spécialisées Alzheimer dans les établissements de moyen séjour. Une des innovations principales sera la mise en place du métier de coordinateur. Ce dernier sera le chef d'orchestre de la prise en charge globale de la personne. Pour aider les malades dans la durée à domicile, il faut soutenir les aidants. Le développement des structures de répit sera accompagné en réglant la question du transport du patient vers ces institutions ;

### Amélioration de la prise en charge de l'apparition précoce de la maladie d'Alzheimer :

Mise en place centre national de référence pour les malades jeunes, conçu sur le modèle des centres dédiés aux maladies rares ;

### Exigence éthique :

La préoccupation éthique et le respect dû à la personne doivent être omniprésents dans la pratique des professionnels et les lieux de vie des malades. Des moyens spécifiques seront dédiés à cet effet.

### Principaux partenaires

Ministères chargés de l'enseignement supérieur et de la recherche, des affaires sociales ; caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, union des associations France Alzheimer, assemblée des départements de France.

### Financements

**Coût estimé total**, 1,6 milliard d'euros, dont :

- 300 millions d'euros de dépenses nouvelles en 2008.

### Modalités de suivi

- un chargé de mission interministériel anime et coordonne la mise en œuvre du Plan,
- un Comité de suivi du plan sera mis en place,
- Outil de suivi : tableau de bord comprenant des critères de processus et d'impact

### Évaluation

Une évaluation est effectuée tous les six mois par le comité de suivi,

Une évaluation finale du Plan est prévue en 2011.

**Lien d'accès internet au plan :**

[http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/alzheimer/Plan\\_Alzheimer\\_2008-2012.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/alzheimer/Plan_Alzheimer_2008-2012.pdf)

## 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<sup>os</sup> 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,
- 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.

**Lien d'accès internet au plan :**

[http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/bpco/plan\\_bpco.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/bpco/plan_bpco.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 LPSF

**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'offre 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 diagnostic 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, AFSSAPS, 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

Le HCSP est chargé d'évaluer le Plan National Maladies Rares. L'évaluation est dirigée par le Dr Anne Tursz et ses résultats sont attendus pour le mois de septembre 2008. Elle devrait permettre de fixer les orientations pour l'avenir.

## 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.

#### Lien d'accès internet au plan :

[http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/maladies\\_rares/plan.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/maladies_rares/plan.pdf)





# RISQUES INFECTIEUX ●●●

**PLAN ANTÉRIEUR : 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,
- diffusion de recommandations de bonnes pratiques,
- amélioration de la formation des professionnels de santé,
- mise en place d'un programme national de surveillance des infections nosocomiales.

## Pourquoi un plan ?

La lutte contre les infections nosocomiales est une politique menée par le ministère de la santé de façon continue durant ces vingt dernières années. En 1988, le ministère instaurait par décret la création d'un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) dans chaque établissement public de santé. En 1999, les CLIN ont été étendus aux établissements privés.

En 2005, une nouvelle impulsion devait être donnée à cette politique. En effet, si la France se situait en bonne position par rapport aux autres pays industrialisés dans la lutte contre les infections nosocomiales, la situation restait insatisfaisante.

En 2001, le taux de prévalence des infections nosocomiales était de 6,87 % dans les établissements de soins, soit une baisse de 13 % dans les CHU et de 24 % dans les centres hospitaliers par rapport à 1996. Le taux d'incidence des infections du site opératoire (ISO) était de 0,51 % pour les prothèses de hanche, et 1,83 % pour les césariennes. À travers la médiatisation d'épisodes infectieux dramatiques, les usagers percevaient un phénomène en cours d'aggravation. 63 % des personnes pensaient qu'il y avait plus de risques liés aux infections nosocomiales que dans les années précédentes (sondage FHF « les Français et l'hôpital » avril 2004) alors même que d'importants progrès avaient été réalisés. Ce constat fonde l'importance donnée à la transparence et à la communication envers les usagers dans le cadre du programme 2005-2008.

## Objectifs du plan

### Le programme s'articule autour de cinq orientations :

1. **adapter les structures** et faire évoluer le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales,
2. **améliorer l'organisation des soins** et les pratiques des professionnels,
3. **optimiser le recueil et l'utilisation des données** de surveillance et du signalement des infections nosocomiales,
4. **mieux informer les patients** et communiquer sur le risque infectieux lié aux soins,
5. **promouvoir la recherche sur les mécanismes**, l'impact, la prévention et la perception des infections nosocomiales.

À chacun de ces axes correspondent des objectifs quantifiés précis à atteindre sur la période 2005-2008 au moyen d'indicateurs rassemblés dans un tableau de bord.

## Principales mesures

Un des principaux enjeux du programme de lutte contre les infections nosocomiales est **d'adopter une politique de transparence et de communication** autour des infections nosocomiales. Les mesures prises en ce sens sont les suivantes :

- mise en place, dans chaque établissement de santé, d'un **tableau de bord** des infections nosocomiales associant des indicateurs de résultats, de structures et de procédures. Ce tableau doit être mis à disposition des patients dans les établissements de santé,
- mieux informer le patient : outils d'informations des patients hospitalisés réalisés avec les associations d'usagers agréées et les personnels de santé,
- information grand public sur le site internet du ministère de la santé,
- Étudier la perception de l'infection nosocomiale par les différents intervenants et parties concernées dans une perspective de partage d'informations ;

### Renforcer les structures de lutte contre les infections nosocomiales :

- adapter l'organisation et les ressources des cinq CCLIN (centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales) et de leurs antennes régionales en fonction de l'extension de leurs activités,
- mise en place du CTINILS (comité technique national des infections nosocomiales et des infections liées aux soins) rattaché au Haut Conseil de la Santé Publique ;

### Améliorer la qualité de la prise en charge du patient infecté :

- mise en place d'une politique de bon usage des antibiotiques au sein de l'établissement et désignation d'un médecin référent afin d'améliorer la prise en charge du patient infecté,
- évaluation des pratiques associées à l'utilisation des dispositifs invasifs, notamment par la réalisation d'audits,
- renforcement des stratégies d'hygiène des mains ;

### Garantir la formation des professionnels et améliorer l'expertise en hygiène :

- mettre en application, à l'échelon national, des programmes de formation diplômante des infirmier(e)s et des praticiens en hygiène hospitalière ;

### Renforcer la surveillance épidémiologique des infections nosocomiales :

- développer les formations des personnes en charge du recueil et de l'analyse des données de surveillance,





- favoriser les échanges avec les pays européens dans le cadre de la création du Centre Européen de Prévention et de Contrôle des Maladies.

## Principaux partenaires

InVS, CCLIN, HAS, fédérations hospitalières, SFHH (Société Française d'Hygiène Hospitalière), conférences des directeurs d'établissements de santé, collectif inter-associatif sur la santé (associations d'usagers).

## Financements

**Financeurs :** assurance maladie et État

## Modalités de suivi

### Groupe de pilotage du programme national

#### Composition

Représentants des directions d'administration centrale concernées et de leurs services déconcentrés, de l'InVS, du CTINILS, des CCLIN, des fédérations hospitalières, des usagers et quatre personnes qualifiées.

Le groupe de pilotage se réunit au moins quatre fois par an. Il fixe des objectifs annuels et rédige un rapport d'activité annuel.

#### Mission :

Le groupe de pilotage assure le suivi des actions prévues dans le programme, fait des propositions sur les méthodes d'évaluation, et sur le renforcement des actions, assure la coordination des actions des CCLIN et veille à l'articulation du programme avec les actions menées dans d'autres domaines de santé publique, notamment antibiotiques et gestion des risques.

**Groupes de travail au sein du groupe de pilotage :** comité d'organisation du tableau de bord infections nosocomiales/GREPHH (groupe d'évaluation des pratiques professionnelles en hygiène hospitalière), groupe élaboration du programme 2009-2012.

## Évaluation

L'évaluation sera effectuée en 2008 par la Cellule Infections Nosocomiales du Ministère de la Santé assistée d'un groupe de travail *ad hoc*.

## Textes

Décret transformant le CLIN des établissements de santé publics en sous-commission de CME : décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 relatif aux sous-commissions de la commission médicale d'établissement mentionnées à l'article L.6144-1 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 8 mars 2006 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

Arrêté du 17 mai 2006 relatif aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales.

Arrêté du 13 juillet 2006 portant nomination au comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins.

Arrêté du 1<sup>er</sup> octobre 2007 portant nomination au comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins.

**Lien d'accès internet au programme :**

[http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/infect\\_nosoco181104/prog.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/infect_nosoco181104/prog.pdf)

**Plan pour préserver l'efficacité des antibiotiques 2007-2010**

DGS, bureau des infections et autres risques liés aux soins « RI 3 »

**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 sont les suivants :**

- 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, sept ont un coût estimé à moins de 100 000 euros, sept un coût estimé à moins de 1 million d'euros et huit 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

#### Lien d'accès internet au plan :

[http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/plan\\_antibio\\_2001/bilan\\_plan\\_2007.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/plan_antibio_2001/bilan_plan_2007.pdf)

## 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'appartement 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 en 2008, par la DGS et le comité de suivi.

**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.

**Lien d'accès au programme :**

[http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/sida/sida\\_2005-2008.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/sida/sida_2005-2008.pdf)

**Lien d'accès programme connexe :**

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/sida/progvihmigtotal.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 du plan sont :

- 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 du plan sont :

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 séroépidémiologique 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 6 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<sup>re</sup> réunion : fin 2007
- 2<sup>e</sup> réunion : fin 2008
- 3<sup>e</sup> réunion : fin 2010

#### Lien d'accès internet au plan :

[http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/rougeole/plan\\_elimination\\_rougeole.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/rougeole/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](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/rougeole/resume_plan_elimination_rougeole.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 2 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<sup>e</sup> 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/RI1/2007/318 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.

#### **Lien d'accès internet au programme :**

[http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/tuberculose/prog\\_tuberculose\\_2007\\_2009.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/tuberculose/prog_tuberculose_2007_2009.pdf)



## A, a

**AFSSA**, Agence française de sécurité sanitaire des aliments.

**AFSSAPS**, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

**AFSSET**, Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement.

**ALD**, Affection de longue durée.

**AMM**, Autorisation de mise sur le marché.

**ARH**, Agences régionales de l'hospitalisation.

## C, c

**CCLIN**, Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales.

**CHR**, Centre hospitalier régional.

**CHU**, Centre hospitalier universitaire.

**CNAMTS**, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

**CNRS**, Centre national de la recherche scientifique.

**CNS**, Conférence Nationale de Santé.

**CNSP**, Comité National de Santé publique.

**CSP**, Code de santé publique.

**CTIN**, Comité technique des infections nosocomiales.

**CTINILS**, Comité technique national des infections nosocomiales et des infections liés aux soins.

## D, d

**DDASS**, Direction départementale de l'action sanitaire et sociale.

**DGAS**, Direction générale de l'action sociale.

**DGS**, Direction générale de la Santé.

**DG Sanco**, Direction Générale santé et protection des consommateurs de la Commission européenne.

**DHOS**, Direction générale de l'hospitalisation et des soins.

**DRASS**, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

**DRESS**, Direction de la recherche, des études et des statistiques.

## E, e

**EHPAD**, Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

## G, g

**GHS**, Groupe homogène de séjour.

## H, h

**HAS**, Haute Autorité de Santé.

**HAD**, Hospitalisation à domicile.

**HCSF**, Haut Comité de santé publique.

## I, i

**IGAS**, Inspection générale des affaires sociales.

**INCA**, Institut national du cancer.

**INPES**, Institut national pour la prévention et l'éducation à la santé.

**INSERM**, Institut national de la santé et de la recherche médicale.

**InVS**, Institut de veille sanitaire.

**IReSP**, Institut de recherche en santé publique.

**IVG**, Interruption volontaire de grossesse.

## L, l

**LPSP**, Loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004.

## O, o

**OMS**, Organisation mondiale de la santé.

## P, p

**PNNS**, Plan national nutrition santé.

## S, s

**SIDA**, Syndrome immunodéficientaire acquis.

## U, u

**UNCAM**, Union nationale des caisses d'assurance maladie.

**UNOCAM**, Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

## V, v

**VIH**, Virus d'immunodéficience humaine.



**Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative**  
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