

PRIORITE D'INTERVENTION 8

AMELIORER L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION REGIONALE

Cette priorité du Contrat de Plan Etat-Région définit, pour les 7 prochaines années, une politique régionale de santé publique menée en partenariat entre l'Etat, la Région, les Départements et l'Assurance Maladie.

Ce partenariat s'inscrit dans la droite ligne du travail commun initié dès 1989 et qui s'est poursuivi depuis au travers des priorités définies par la Conférence Régionale de Santé.

Les partenaires réaffirment la priorité d'améliorer significativement et durablement l'état de santé de la population du Nord - Pas-de-Calais.

Pour ce faire, ils s'accordent sur deux objectifs opérationnels :

- Agir prioritairement par la prévention, l'éducation et la promotion de la santé, sur le recours aux soins et l'ensemble des déterminants de santé de la population.

Les actions découlant de cet objectif se déclineront au travers des 5 Programmes Régionaux de Santé: cancers, maladies cardio-vasculaires, conduites de consommation à risques, santé des enfants et des jeunes, santé et précarité (P.R.A.P.S.).

Ces programmes seront mis en oeuvre en privilégiant la concertation, le travail en commun et l'articulation permanente entre politique régionale et territoriale.

- Améliorer quantitativement et qualitativement l'offre de soins régionale dans toutes ses composantes : hospitalière, ambulatoire, médico-sociale.

Conscients que la problématique de l'organisation hospitalière et de la formation des professionnels de santé ne relèvent pas du Contrat de Plan Etat-Région, les partenaires tiennent cependant à réaffirmer leur volonté de rattrapage régional et de rééquilibrage infra-régional, en matière de moyens financiers et humains, de services et d'offre de soins.

En particulier, concernant la dotation régionale hospitalière, l'effort de péréquation engagé par l'Etat devra être poursuivi et renforcé, pour accélérer le rattrapage du retard régional en la matière.

Parallèlement, une concertation devra être engagée avec toutes les parties concernées afin de mettre un terme aux inégalités régionales et infra-régionales de la démographie médicale, notamment par une amélioration du taux d'encadrement pédagogique de la Faculté de Médecine de Lille, par une territorialisation du dispositif de formation médicale initiale, et par un essaimage et une mise en réseau d'activités du CHRU de Lille vers les territoires.

Ce rattrapage des inégalités sanitaires infra-régionales devra s'opérer prioritairement en faveur du département du Pas-de-Calais, tant en matière de formation médicale qu'en matière d'offre de soins hospitaliers.

L'achèvement de l'humanisation des hospices devra être réalisé afin d'offrir aux personnes âgées des lieux d'accueil médicalisés qui soient de véritables lieux de vie.

Les structures pour les personnes adultes lourdement handicapées devront être renforcées : malgré les efforts dans le cadre du précédent contrat de plan, la capacité de ces structures est insuffisante. L'Etat et la Région s'engagent à accompagner la création de nouvelles places en Maisons d'Accueil Spécialisées (M.A.S.) et en Foyers à Double Tarification (F.D.T.) pendant la durée du Contrat de Plan. Le Département du Nord et le Département du Pas-de-Calais pourraient s'associer à cet objectif dans le respect de leurs compétences et de leurs politiques générales dans le domaine sanitaire et social.

Afin d'améliorer la cohérence des différents modes de prise en charge proposés aux personnes âgées, les partenaires s'engagent à créer des réseaux de coordination gériatrique couvrant l'ensemble du territoire.

La question de santé et recherche, même si elle ne fait pas l'objet d'une contractualisation dans le présent volet, préoccupe les partenaires et est inscrite dans la priorité d'intervention¹ (Amplifier l'effort en matière de recherche et d'innovation).

Les partenaires s'engagent à œuvrer dans le sens d'une déclinaison territoriale pluriannuelle des priorités régionales, afin de réduire les inégalités infra-régionales et de mesurer les effets induits des actions mises en oeuvre sur les hommes et les femmes.

Enfin, la pérennisation du financement des structures régionales associatives de santé publique (MRPS, ORS, CRES, CIRM, CRIPS) fait l'objet d'un engagement réciproque des partenaires pour la durée du présent Contrat de Plan.

Cette priorité s'appuie sur les deux objectifs précédemment énoncés, ainsi que sur l'objectif opérationnel 47 "Développer les technologies au service des réseaux de soins" de la priorité d'intervention 10 "DEVELOPPER LA SOCIETE DE L'INFORMATION".

PRIORITE D'INTERVENTION 8	AMELIORER L'ETAT DE SANTE DE LA POPULATION REGIONALE	ETAT en MF et en (M €)	REGION en MF et en (M €)	DEPARTEMENT DU NORD en MF et en (M €)	DEPARTEMENT DU PAS DE CALAIS en MF et en (M €)
	Objectifs opérationnels : 32. Agir prioritairement par la prévention, l'éducation et la promotion de la santé, sur le recours aux soins et l'ensemble des déterminants de santé de la population	110 (16,7694)	92 (14,0253)	9 (1,3720)	25,7 (3,9179)
	⇒ Mise en oeuvre des 5 Programmes Régionaux de Santé	80 (12,1959)	80 (12,1959)	9 (1,3720)	25 (3,8112)
	⇒ Santé et environnement	30 (4,5735)	12 (1,8294)		0,7 (0,1067)
	⇒ Soutien à la lutte contre le SIDA				
	33. Améliorer quantitativement et qualitativement la prise en charge médico-sociale	268 (40,8563)	59,5 (9,0707)	197,5 (30,1087)	86,3 (13,1564)
⇒ Terminer l'humanisation des hospices	120 (18,2939)	22,5 (3,4301)	184 (28,0506)	80 (12,1959)	
⇒ Mettre en place 27 réseaux de gérontologie	28 (4,2686)	7 (1,0671)	13,5 (2,0581)	6,3 (0,9604)	
⇒ Renforcer les établissements pour adultes lourdement handicapés	120 (18,2939)	30 (4,5735)			
		378 (57,6257)	151,5 (23,0960)	206,5 (31,4807)	112 (17,0743)

32. AGIR PRIORITAIREMENT PAR LA PREVENTION, L'EDUCATION ET LA PROMOTION DE LA SANTE, SUR LE RECOURS AUX SOINS ET L'ENSEMBLE DES DETERMINANTS DE SANTE

ETAT DES LIEUX

La région Nord – Pas-de-Calais affiche des indicateurs de santé de la population très inférieurs à la moyenne nationale et occupe souvent la dernière place des régions françaises.

DEFINITION DE L'OBJECTIF OPERATIONNEL

La forte incidence des facteurs culturels (hygiène alimentaire), comportementaux (alcoolisme, tabagisme) et socio-économiques (précarité) dans la détermination de l'état de santé de la population régionale, et la spécificité de son recours aux soins (mal adapté et/ou retardé), nécessitent le développement renforcé de programmes régionaux de prévention, d'éducation et de promotion de la santé.

Dans cette perspective, des priorités régionales de santé ont été identifiées par la Conférence Régionale de Santé et validées par l'ensemble des partenaires (Etat, Assurance Maladie, Collectivités Territoriales, professionnels de santé, associations).

Sur la base d'un diagnostic partagé et d'une méthodologie commune, les actions de prévention, d'éducation et de promotion de la santé s'organisent donc désormais dans le cadre de 5 Programmes Régionaux de Santé (PRS) dont les thèmes sont :

- cancers,
- maladies cardio-vasculaires,
- santé des jeunes,
- santé des populations précarisées,
- conduites de consommation à risques (alcool, drogues, tabac,...).

Afin de répondre à la nécessité d'inscrire dans la durée cette démarche programmatique, et d'en garantir ainsi l'efficacité à terme, l'ensemble des partenaires concernés ont souhaité procéder par le biais du présent CPER, à une mutualisation et une mise en synergie des moyens financiers, humains et techniques consacrés à la prévention, à l'éducation et à la promotion de la santé.

Enfin, l'instauration récente d'un Comité Régional des Politiques de Santé et d'un Comité de Gestion des PRS, dote cette démarche d'outils de concertation, de coordination et de décision indispensables à la mise en oeuvre de cette véritable politique régionale de santé publique.

RESULTATS ATTENDUS

Faire en sorte que l'état de santé de l'ensemble de la population régionale s'améliore.

PARTENARIAT ET FINANCEMENT

ACTIONS	ETAT en MF et en (M€)	CONSEIL REGIONAL en MF et en (M€)	CONSEIL GENERAL DU NORD en MF et en (M€)	CONSEIL GENERAL DU PAS-DE-CALAIS en MF et en (M€)
Programme régional de santé, <u>dont</u> :	110 (16,7694)	92 (14,0253)	9 (1,3720)	25,7 (3,9179)
- P.R.S.	63 (9,6043)	63 (9,6043)	9 (1,3720)	25 (3,8112)
- Soutien P.R.S.	7 (1,0671)	7 (1,0671)		
- Initiatives locales	10 (1,5245)	10 (1,5245)		
- P.R.A.S.E.	30 (4,5735)	12 (1,8294)		0,7 (0,1067)

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI

Un groupe technique de programmation et de suivi sera mis en place en liaison avec le Comité Régional institué par la loi sur l'exclusion du 29 juillet 1998 pour les objectifs 26, 27, 28, 32, 33 et 47.

INDICATEUR DE RESULTAT

- Nombre de personnes touchées par les actions mises en œuvre

INDICATEURS DE REALISATION

- Nombre d'actions mises en œuvre par programme régional de santé
- Nombre de logements insalubres traités

INDICATEURS DE DEVELOPPEMENT DURABLE

- Nombre d'actions par territoire
- Espérance de vie par catégorie socio-professionnelle
- Consommation médicale régionale par caisse

INDICATEURS DE CONTEXTE

- Nombre de décès imputables au tabac et à l'alcool
- Consommation annuelle de tabac et de boissons alcoolisées
- Age de la première consommation de tabac et d'alcool.

CONTRIBUTION AU VOLET TERRITORIAL DU CONTRAT DE PLAN

L'état consacrera 20 MF (3,0490 M€) aux actions territorialisées.

32. AGIR PRIORITAIREMENT PAR LA PREVENTION, L'EDUCATION ET LA PROMOTION DE LA SANTE, SUR LE RECOURS AUX SOINS ET L'ENSEMBLE DES DETERMINANTS DE SANTE

Moyen d'action 32.1

Mise en œuvre des 5 programmes régionaux de santé

1 - Programme régional de santé cardio-vasculaire

DESCRIPTION DU MOYEN D'ACTION

a) Description de l'intervention et de ses moyens d'action

Programme régional de santé sur les maladies cardio-vasculaires, comportant des actions de prévention, de dépistage et suivi des personnes à risque et d'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes malades.

Les actions seront mises en oeuvre à partir d'appel à projets s'appuyant sur un cahier des charges.

b) Contribution de l'intervention aux orientations stratégiques et aux priorités d'action du contrat de plan

L'intervention s'inscrit dans l'axe stratégique « Contribuer à l'épanouissement culturel et social de tous : corriger les inégalités en matière de santé » du CPER.

Il s'agit d'un volet d'une politique régionale de promotion de la santé qui porte sur les 5 priorités définies par la conférence régionale de santé (Cf. autres fiches).

RESULTATS ATTENDUS

Une réduction de la mortalité prématurée, de la morbidité et des handicaps secondaires aux maladies cardio-vasculaires est attendue, ainsi qu'une réduction significative des facteurs de risque associés.

Résultats attendus au terme du contrat de plan 2000-2006 :

En ce qui concerne la population atteinte de maladies cardiovasculaires :

- Des objectifs généraux :
 - Pour les cardiopathies ischémiques (infarctus du myocarde) une diminution de 20% de la mortalité prématurée (avant 65 ans).
 - Pour les accidents vasculaires cérébraux : une réduction de 10% de la mortalité générale (après standardisation par âge de la population).
- Des objectifs liés à l'amélioration de la prise en charge en urgence :
 - Pour l'infarctus du myocarde :
 - Réduction de 20% de la létalité à 30 jours
 - Augmenter de 30% la proportion de patients hospitalisés dans les 4 H.
 - Réduire de moitié la proportion de patients hospitalisés après 6 H.
 - Pour l'accident vasculaire cérébral : doubler la proportion d'hospitalisation dans un délai de 6 H

- Des objectifs liés à la prise en charge immédiatement après accident :
 - Pour les cardiopathies aiguës : augmenter de 20 % la proportion de patients bénéficiant d'une rééducation avec éducation thérapeutique.
 - Pour l'AVC : augmenter de 30% la proportion de patients bénéficiant d'une prise en charge précoce en rééducation

En ce qui concerne les personnes à haut risque cardiovasculaire :

- Obésité : augmenter de 20 % le nombre de personnes obèses bénéficiant d'un programme régulier, médicalisé ou non.
- Hypertension artérielle :
 - Parmi les personnes hypertendues, augmenter de 50% le nombre des hypertendus traités.
 - Parmi les hypertendus traités, doubler la proportion de chiffres normalisés (diastolique < 95 mm ; systolique < 160 mm Hg).
- Diabète :
 - Diminuer de 50 % le nombre d'amputations des membres inférieur d'origine non traumatique.
 - Parmi les diabétiques connus, doubler la proportion de diabétiques présentant des chiffres normalisés (<1.50)
- Hyperlipidémies :
 - Parmi les hyperlipidémies connues, augmenter de 20% la proportion d'hyperlipidémies traitées ou accompagnées (éducation du patient)
 - Parmi les patients traités, doubler la proportion de chiffres normalisés (cholestérol <= 2.50)
- Tabac (cf. objectifs du PRS « conduites addictives et usage nocif »).

En ce qui concerne la prévention des risques en population générale :

- Consommation alimentaire :
 - Augmenter de 25% la consommation annuelle de fruits et légumes frais.
 - Diminuer de 25% la consommation annuelle de beurre et de fromages gras.
- Surpoids : baisser de 10% la proportion des personnes ayant un excès pondéral modéré (entre 25 et 30 kg/m²)
- Augmenter de 30% le nombre de personnes ayant une activité physique extra-professionnelle.

PARTENARIAT ET FINANCEMENT

a) Partenaires concernés et contributions financières respectives

ACTIONS	ETAT	CONSEIL REGIONAL	CONSEIL GENERAL DU NORD	CONSEIL GENERAL DU PAS-DE-CALAIS
Programme régional de santé cardio-vasculaire	12,6 MF (1,9209 M€)	12,6 MF (1,9209 M€)	9 MF (1,3720 M€) (*)	25 MF (3,8112 M€) (*)

(*) Les contributions du département du Nord (9 MF, soit 1,3720 M€) et celle du département du Pas-de-Calais (25 MF, soit 3,8112 M€) seront réparties sur les 5 programmes constituant le moyen d'action 32.1.

b) Plan de financement et échéancier de mobilisation des financements de l'Etat :

ANNEES	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Programme régional de santé cardio-vasculaire	1 MF (0,1524 M€)	1,6 MF (0,2439 M€)	2 MF (0,3049 M€)	2 MF (0,3049 M€)	2 MF (0,3049 M€)	2 MF (0,3049 M€)	2 MF (0,3049 M€)

MODALITES DE MISE EN OEUVRE ET SUIVI

a) Bénéficiaires des subventions : les porteurs d'action retenus lors de l'appel à projets annuel

b) Populations concernées :

- Population générale.
- Population à risque cardio-vasculaire.
- Population malade.

c) Critères de sélection des opérations

- Cohérence par rapport aux objectifs et au cahier des charges du programme.
- Adéquation des activités prévues et du budget proposé.
- Capacité des promoteurs à mener à bien le projet.

d) Taux d'intervention (conditions particulières d'intervention)

Le financement de l'Etat couvrira 20% du coût du programme

e) Partenaires coordonnateurs et services pilotes

Chefs de projet : Drs F. Coquelet et D. Dreuil, médecins inspecteurs de santé publique à la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

Institutions engagées (outre les services de l'Etat et du Conseil régional) :

- Fédération hospitalière de France
- Union régionale des médecins libéraux (URMEL)
- Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM)
- Caisse régionale d'assurance maladie (Centre régional d'éducation du patient)
- Caisse primaire d'assurance maladie de Douai
- Université
- Centre hospitalier régional de Lille, Centre hospitalier de Douai, Centre hospitalier de Roubaix (Institut régional d'éducation du patient).
- Observatoire régional de la santé
- Fédération française de cardiologie
- Partenariat prévu avec :
- Agence régionale de l'Hospitalisation
- Conseil général du Nord
- Conseil général du Pas de Calais
- Institut Pasteur de Lille

f) Dispositif d'instruction et de suivi

Cf : objectif opérationnel

Un comité permanent de la Conférence Régionale de Santé associant l'ensemble des bailleurs de fonds assurera l'instruction conjointe des projets d'action entrant dans le cadre du programme. Il disposera pour ce faire d'un tableau de bord permettant de suivre les actions mises en œuvre, les ressources qui y sont consacrées et les résultats obtenus.

INDICATEURS

Indicateurs proposés, correspondant aux objectifs proposés ci-dessus :

En ce qui concerne la population atteinte de maladies cardiovasculaires :

- Des indicateurs généraux :
 - Pour les cardiopathies ischémiques (infarctus du myocarde), la mortalité prématurée (avant 65 ans)
 - Pour les accidents vasculaires cérébraux, la mortalité générale (après standardisation par âge de la population).
- Des indicateurs liés à l'amélioration de la prise en charge en urgence :
 - Pour l'infarctus du myocarde :
 - létalité à 30 jours de 20%.
 - La proportion de patients hospitalisés dans les 4 H.
 - La proportion de patients hospitalisés après 6 H.
 - Pour l'accident vasculaire cérébral : la proportion d'hospitalisation dans un délai de 6 H
- Des indicateurs liés à la prise en charge immédiatement après accident :
 - Pour l'infarctus du myocarde : la proportion de patients bénéficiant d'une rééducation
 - Pour l'AVC : la proportion de patients pris en charge précocement en rééducation.

En ce qui concerne les personnes à haut risque cardiovasculaire :

- Obésité : la proportion de personnes obèses (index > 30 kg/m²) bénéficiant d'un programme régulier, médicalisé ou non.
- Hypertension artérielle :
 - Proportion d'hypertendus traités.
 - Parmi les hypertendus traités, proportion de chiffres normalisés (diastolique < 95 mm ; systolique < 160 mm Hg).
- Diabète :
 - nombre d'amputations des membres inférieurs d'origine non traumatique.
 - Parmi les diabétiques connus, la proportion de diabétiques présentant des chiffres normalisés (< 1.50)
- Hyperlipidémies :
 - Parmi les hyperlipidémies connues, la proportion d'hyperlipidémies traitées ou accompagnées (éducation du patient)
 - Parmi les patients traités, la proportion de chiffres normalisés (cholestérol <= 2.50)
- Tabac (cf. objectifs du PRS « conduites addictives et usage nocif »).

En ce qui concerne la prévention des risques en population générale :

- Consommation alimentaire :
 - la consommation annuelle de fruits et légumes frais.
 - la consommation annuelle de beurre et de fromages gras.
- Surpoids
 - la proportion des personnes ayant un excès pondéral modéré (entre 25 et 30 kg/m²)
 - le nombre de personnes ayant une activité physique extra-professionnelle.

PRISE EN COMPTE DES PREOCCUPATIONS DE DEVELOPPEMENT DURABLE

Le programme « maladies cardio-vasculaires » vise non seulement à améliorer la durée, mais aussi la qualité de vie. Il portera une attention particulière à la réduction des inégalités de santé entre catégories sociales, particulièrement marquées pour ces maladies.

CONTRIBUTION AU VOLET TERRITORIAL DU CONTRAT DE PLAN

a) Description de l'aspect territorial des interventions.

La plus grande partie du programme est composée d'actions locales, à l'exception de campagnes régionales d'information ou d'actions régionales de recherche ou de formation

b) Indicateurs d'appréciation des interventions par territoires

Une grande partie des indicateurs peut être déclinée au niveau de chaque département et de chaque bassin de vie. Certains le seront à un niveau plus fin (commune).

32. AGIR PRIORITAIREMENT PAR LA PREVENTION, L'EDUCATION ET LA PROMOTION DE LA SANTE, SUR LE RECOURS AUX SOINS ET L'ENSEMBLE DES DETERMINANTS DE SANTE

Moyen d'action 32.1

Mise en œuvre des 5 programmes régionaux de santé

2 - Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

DESCRIPTION DU MOYEN D'ACTION

a) Description de l'intervention et de ses moyens d'action

Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) est prévu par la loi de lutte contre les exclusions. Ce programme comportera des actions relatives à l'accès aux services de prévention et de soins, avec une attention particulière aux souffrances psychiques résultant des situations de précarité. Il accompagnera également les actions portées par les personnes en situation de précarité elles-mêmes. Enfin il participera à l'amélioration des conditions de vie des de ces personnes, en particulier en matière de logement (voir également les fiches des plans d'action santé-environnement relatives au saturnisme et aux intoxications par l'oxyde de carbone).

Les actions seront retenues après appel à projet conformément à un cahier des charges.

b) Contribution de l'intervention aux orientations stratégiques et aux priorités d'action du contrat de plan

L'intervention s'inscrit dans l'axe stratégique « Contribuer à l'épanouissement culturel et social de tous : corriger les inégalités en matière de santé » du CPER.

Il s'agit d'un volet d'une politique régionale de promotion de la santé qui porte sur les 5 priorités définies par la conférence régionale de santé (Cf. autres fiches).

RESULTATS ATTENDUS

La raison d'être du programme régional est de faire en sorte que l'état de santé de l'ensemble des personnes en situation de précarité s'améliore dans toute la région d'ici trois ans.

Les objectifs du programme

Faire en sorte que nul ne renonce aux soins pour des raisons financières.

Objectifs spécifiques :

- Garantir à tous une couverture sociale de qualité (couverture maladie universelle, mutuelles, tiers payant, seuils,...)
- Adapter l'offre de soins aux besoins de santé des personnes en situation de précarité (libérale, hospitalière, lits infirmiers, réseaux médico-sociaux...)

Faire en sorte que les personnes en situation de précarité soient acteurs de leur santé

Objectifs spécifiques :

- Reconnaître et soutenir les projets locaux à l'initiative des habitants ;
- Favoriser l'amélioration des relations parents enfants ;
- Améliorer l'estime de soi chez les personnes en situation de précarité ;
- Favoriser l'expression des personnes en difficulté (besoins, demandes, représentation...).

Faire en sorte que la souffrance psychique liée à la précarité soit reconnue, entendue et prise en compte

Objectifs spécifiques :

- Reconnaître la souffrance psychique ;
- Entendre la souffrance psychique ;
- Prendre en compte la souffrance psychique.

Faire en sorte que les personnes en situation de précarité bénéficient de conditions de vie favorables à leur santé

Objectifs spécifiques

- a) Réduire les risques liés au logement et à l'environnement urbain :
- Diminuer les cas de saturnisme infantile (cf plan d'action santé-environnement) ;
 - Diminuer la mortalité par intoxication au monoxyde de carbone (cf plan d'action santé-environnement) ;
 - Diminuer le nombre de logement sans confort.
- b) Réduire les risques individuels d'aggravation de la précarité :
- Réduire les risques de rupture dans les ressources (simplifications administratives, liaisons entre organismes, ASSEDIC, CAF, ANPE...) ;
 - Assurer un accompagnement adapté lorsque surviennent des événements fragilisant (grossesse, perte d'emploi, deuil, divorce...) ;
 - Favoriser l'acquisition des savoirs de base, lecture, écriture, compréhension de l'environnement sanitaire et social.

PARTENARIAT ET FINANCEMENT

a) Partenaires concernés et contributions financières respectives

ACTIONS	ETAT	CONSEIL REGIONAL
Programme régional d'accès à la prévention et aux soins	12,6 MF (1,9209 M€)	12,6 MF (1,9209 M€)

Les contributions du département du Nord [9 MF (1,3720 M€)] et celle du département du Pas-de-Calais [25 MF (3,8112 M€)] seront réparties sur les 5 programmes constituant le moyen d'action 32.1.

b) Plan de financement et échéancier de mobilisation des financements de l'Etat :

Années	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Programme régional d'accès à la prévention et aux soins	1 MF (0,1524 M€)	1,6 MF (0,2439 M€)	2 MF (0,3049 M€)	2 MF (0,3049 M€)	2 MF (0,3049 M€)	2 MF (0,3049 M€)	2 MF (0,3049 M€)

MODALITES DE MISE EN OEUVRE ET DE SUIVI

a) **Bénéficiaires des subventions** : les porteurs d'action retenus lors de l'appel à projets annuel

b) Populations concernées :

Le PRAPS s'adresse aux personnes les plus fragiles et donc **les plus exposées au risque de précarisation** dont on sait qu'il peut conduire à l'exclusion. Le Haut Comité de Santé Publique estime que « **ceux qui sont aujourd'hui touchés par les phénomènes de précarisation représentent (...) de 20 à 25% de la population** »

c) Critères de sélection des opérations

- Cohérence par rapport aux objectifs et au cahier des charges du programme.
- Adéquation des activités prévues et du budget proposé.
- Capacité des promoteurs à mener à bien le projet.

d) Taux d'intervention (conditions particulières d'intervention)

Le financement de l'Etat couvrira 20% du coût du programme

e) Partenaires coordonnateurs et services pilotes

Chefs de projet : Thierry VEJUX et Nathalie GUYADER, inspecteurs principaux respectivement à la DDASS du Pas-de-Calais et à la DDASS du Nord.

Membres du groupe de programmation :

- le Conseil Régional,
- les Conseils Généraux,
- la FNARS,
- la Fédération Hospitalière de France,
- le centre hospitalier régional, le centre hospitalier de Lens,
- l'EPSM Lille métropole - clinique J. BOSCH,
- la CRAM, la CPAM de Calais,
- la DRASS, la DDASS du Nord,
- le CCAS de St-Pol / Ternoise,
- L'association " la boussole " à Lens,
- la cellule d'appui RMI de Valenciennes,
- le comité régional d'éducation pour la santé.

f) Dispositif d'instruction et de suivi

Cf objectif opérationnel.

Un comité permanent de la Conférence Régionale de Santé associant l'ensemble des bailleurs de fonds assurera l'instruction conjointe des projets d'action entrant dans le cadre du programme. Il disposera pour ce faire d'un tableau de bord permettant de suivre les actions mises en œuvre, les ressources qui y sont consacrées et les résultats obtenus.

32. AGIR PRIORITAIREMENT PAR LA PREVENTION, L'EDUCATION ET LA PROMOTION DE LA SANTE, SUR LE RECOURS AUX SOINS ET L'ENSEMBLE DES DETERMINANTS DE SANTE

Moyen d'action 32.1

Mise en œuvre des 5 programmes régionaux de santé

3 – Programme régional de santé « Santé des enfants et des jeunes »

DESCRIPTION DU MOYEN D'ACTION

a) Description de l'intervention et de ses moyens d'action

Programme régional de santé " santé des enfants et des jeunes ", axé sur une approche positive et dynamique de la santé. Il inclut la promotion de la santé, la prévention, le repérage, les soins et l'insertion.

Les actions seront mises en œuvre à partir d'un cahier des charges élaboré dans le cadre du programme.

b) Contribution de l'intervention aux orientations stratégiques et aux priorités d'action du contrat de plan

L'intervention s'inscrit dans l'axe stratégique " Contribuer à l'épanouissement culturel et social de tous : corriger les inégalités en matière de santé " du CPER.

Il s'agit d'un volet d'une politique régionale de promotion de la santé qui porte sur les 5 priorités définies par la conférence régionale de santé (Cf. autres fiches).

RESULTATS ATTENDUS

Le programme comporte deux objectifs principaux :

a) Faire en sorte que les enfants de la région du Nord-Pas-de-Calais naissent dans des conditions de sécurité physique, psycho-affective et sociale satisfaisantes

Objectifs spécifiques:

- Faire en sorte qu'un tiers des femmes présentant une dépression du post-partum soient repérées et prises en charge (sachant qu'une femme sur 10 a une dépression du post-partum) ;
- Faire en sorte qu'au moins 50 % des enfants de la région aient un dépistage auditif à la naissance et un suivi pendant la petite enfance ;
- Réduire la fréquence des séparations mère-enfant au sein des structures hospitalières ;
- Mieux utiliser les compétences parentales ;
- Préparer à la parentalité dès le collège.

b) Améliorer la santé des jeunes et leurs capacités d'insertion dans la société

Objectifs spécifiques:

- Favoriser le bien-être des jeunes (améliorer de 5 points le score moyen de la qualité de « santé globale » et de l'estime de soi) ;
- Améliorer le développement harmonieux des enfants et des jeunes ;
- Détecter et prendre en charge, de façon suivie, les enfants et les jeunes présentant des déficiences sensorielles et cognitives ;
- Repérer précocement les enfants et les jeunes en souffrance (notamment les dépressions, les tentatives de suicides et les violences) ;
- Diminuer le nombre de décrochages scolaires.

PARTENARIAT ET FINANCEMENT

a) Partenaires concernés et contributions financières respectives

ACTIONS	ETAT	CONSEIL REGIONAL
Programme régional de santé « Santé des enfants et des jeunes »	12,6 MF (1,9209 M€)	12,6 MF (1,9209 M€)

Les contributions du département du Nord (9 MF) et celle du département du Pas-de-Calais (25 MF) seront réparties sur les 5 programmes constituant le moyen d'action 32.1.

b) Plan de financement et échéancier de mobilisation des financements de l'Etat :

Années	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Programme régional de santé « Santé des enfants et des jeunes »	1 MF (0,1524M €)	1,6 MF (0,2439M€)	2 MF (0,3049M€)	2 MF (0,3049M€)	2 MF (0,3049M€)	2 MF (0,3049M€)	2 MF (0,3049M€)

MODALITES DE MISE EN OEUVRE ET DE SUIVI

a) Bénéficiaires des subventions : les porteurs d'action retenus lors de l'appel à projets annuel

b) Populations concernées :

- les enfants (dès la période périnatale)
- les familles
- les jeunes

Les actions seront prioritairement axées autour des populations en difficulté (mais avec un souci de non-stigmatisation)

c) Critères de sélection des opérations

- Cohérence par rapport aux objectifs et au cahier des charges du programme.
- Adéquation des activités prévues et du budget proposé.
- Capacité des promoteurs à mener à bien le projet.

d) Taux d'intervention (conditions particulières d'intervention)

Le financement de l'Etat couvrira 20% du coût du programme

e) Partenaires coordonnateurs et services pilotes

Pilote et coordination : Etat (DRASS): Elisabeth Vérité, les 2 Conseils Généraux, l'URMEL, CPAM Armentières, Méd Conseil auprès du Recteur, URIOPSS, le Service de santé en faveur des élèves des 2 départements, la FHF, le CIRM, le CHRU, le GHICL

f) Dispositif d'instruction et de suivi

Cf objectif opérationnel.

Un comité permanent de la Conférence Régionale de Santé associant l'ensemble des bailleurs de fonds assurera l'instruction conjointe des projets d'action entrant dans le cadre du programme. Il disposera pour ce faire d'un tableau de bord permettant de suivre les actions mises en œuvre, les ressources qui y sont consacrées et les résultats obtenus.

INDICATEURS

- Mortalité évitable (accidents et suicides: INSERM) ;
- Indicateurs de suivi: suivi périnatal à partir du PMSI et des PMI, de déclarations de violence à enfant: ODAS, Baromètre Santé) ;
- Indicateurs de difficulté d'insertion (redoublements multiples, arrêt de la scolarité avant 16 ans) ;
- Indicateurs de bien-être : enquête «baromètre santé».

PRISE EN COMPTE DES PREOCCUPATIONS DE DEVELOPPEMENT DURABLE

Le programme santé des enfants et des jeunes dépasse le cadre des affections existantes à cet âge. Centré sur le développement de la santé des plus jeunes habitants de la région, il est un pari sur l'avenir. Son approche écologique lui fait accorder une importance toute particulière à l'environnement familial et social des enfants et des jeunes.

CONTRIBUTION AU VOLET TERRITORIAL DU CONTRAT DE PLAN

a) Description de l'aspect territorial des interventions.

La plus grande partie du programme est composée d'actions locales, à l'exception de campagnes régionales d'information ou d'actions régionales de recherche ou de formation

b) Indicateurs d'appréciation des interventions par territoires

Une grande partie des indicateurs peut être déclinée au niveau de chaque département et de chaque bassin de vie. Certains le seront à un niveau plus fin (commune).

32. AGIR PRIORITAIREMENT PAR LA PREVENTION, L'EDUCATION ET LA PROMOTION DE LA SANTE, SUR LE RECOURS AUX SOINS ET L'ENSEMBLE DES DETERMINANTS DE SANTE

Moyen d'action 32.1

Mise en œuvre des 5 programmes régionaux de santé

4 - Programme régional de santé sur les conduites de consommation à risque

DESCRIPTION DU MOYEN D'ACTION

a) Description de l'intervention et de ses moyens d'action

Programme régional de santé sur les conduites addictives (alcool, tabac, substances psychoactives), comportant des actions de promotion de la santé, prévention, soins, accompagnement psychosocial et réinsertion des personnes consommatrices de produits.

Les actions seront mises en œuvre à partir d'un cahier des charges.

b) Contribution de l'intervention aux orientations stratégiques et aux priorités d'action du contrat de plan

L'intervention s'inscrit dans l'axe stratégique « Contribuer à l'épanouissement culturel et social de tous : corriger les inégalités en matière de santé » du CPER.

Il s'agit d'un volet d'une politique régionale de promotion de la santé qui porte sur les 5 priorités définies par la conférence régionale de santé (Cf. autres fiches).

RESULTATS ATTENDUS

Les résultats attendus en termes de réduction de la consommation sont basés sur les objectifs fixés par le Haut Comité de Santé Publique ; ils sont légèrement supérieurs compte tenu de l'importance régionale du problème.

- réduction de 35% de la consommation de tabac des jeunes de 10 – 25 ans dans un délai de cinq ans ;
- retard de 2 ans de l'âge de la première consommation d'alcool chez les jeunes de 10 – 25 ans ;
- réduction de 50% du nombre de jeunes consommateurs de substances psychotropes illicites ;
- réduction de 30% de la consommation de tabac et d'alcool chez les adultes de plus de 25 ans ;
- réduction significative¹ (rapprochement de la moyenne nationale) du nombre de décès attribuables à l'alcool et au tabac ;
- réduction du nombre d'accidents de la voie publique où l'alcool est associé.

PARTENARIAT ET FINANCEMENT

a) Partenaires concernés et contributions financières respectives

ACTIONS	ETAT	CONSEIL REGIONAL
Programme régional de santé sur les conduites de consommation à risque	12,6 MF (1,9209 M€)	12,6 MF (1,9209 M€)

¹ La quantification sera précisée ultérieurement après analyse de tous les paramètres.

Les contributions du département du Nord [9 MF (1,3720 M€)] et celle du département du Pas-de-Calais [25 MF (3,8112 M€)] seront réparties sur les 5 programmes constituant le moyen d'action 32.1.

b) Plan de financement et échéancier de mobilisation des financements de l'Etat :

Années	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Programme régional de santé sur les conduites de consommation à risque	1 MF (0,1524 M€)	1,6 MF (0,2439 M€)	2 MF (0,3049 M€)	2 MF (0,3049 M€)	2 MF (0,3049 M€)	2 MF (0,3049 M€)	2 MF (0,3049 M€)

MODALITES DE MISE EN OEUVRE ET DE SUIVI

a) Bénéficiaires des subventions : les porteurs d'action retenus lors de l'appel à projets annuel

b) Populations concernées :

- Population générale.
- Consommateurs à risque
- Population malade et dépendante

c) Critères de sélection des opérations

- Cohérence par rapport aux objectifs et au cahier des charges du programme.
- Adéquation des activités prévues et du budget proposé.
- Capacité des promoteurs à mener à bien le projet.

d) Taux d'intervention (conditions particulières d'intervention)

Le financement de l'Etat couvrira 20% du coût du programme

e) Partenaires coordonnateurs et services pilotes

Coordonnateurs : Françoise JABOT, médecin inspecteur de santé publique, DDASS du Nord
François-Xavier DEAL, délégué CDPA du Pas-de-Calais

Groupe de programmation : 19 personnes

- 1 représentant de la DDASS 62
- 1 représentant de la DDASS 59
- 1 représentant de l'URCAM
- 1 représentant du Conseil Régional
- 1 représentant du Conseil Général 59
- 1 représentant du Conseil Général 62
- 1 représentant de l'Education Nationale
- 1 représentant de l'ordre des pharmaciens
- 1 représentant de la FHF (Fédération Hospitalière de France)
- 1 représentant du CDPA 62
- 1 représentant du GRA (Groupe de Recherche en Alcoologie)
- 1 représentant d'ECLAT (Espace de Concertation et de Liaison des Actions contre le Tabagisme)
- 1 représentant de GRANIT (Groupe Régional de l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie)
- 1 représentant de la MRPS (Maison Régionale de Promotion de la Santé)
- 1 représentant du milieu hospitalier (praticien hospitalier)
- 1 représentant de l'Association Généralistes & Toxicomanie 59 / 62
- 1 représentant de la Médecine Pénitentiaire
- 1 représentant des usagers
- 1 représentant des travailleurs sociaux et du milieu du travail : ARASE (Association Régionale des Assistants Sociaux d'Entreprise)

f) Dispositif d'instruction et de suivi

Cf objectif opérationnel.

Un comité permanent de la Conférence Régionale de Santé associant l'ensemble des bailleurs de fonds assurera l'instruction conjointe des projets d'action entrant dans le cadre du programme. Il disposera pour ce faire d'un tableau de bord permettant de suivre les actions mises en œuvre, les ressources qui y sont consacrées et les résultats obtenus.

INDICATEURS

- nombre de consommateurs de tabac (Enquête Baromètre Santé) ;
- âge de la première consommation (Enquête Baromètre Santé) ;
- nombre de consommateurs de substances psychotropes illicites (Enquête Baromètre Santé) ;
- ventes d'alcool et de tabac (données commerciales de vente de boissons alcoolisées) ;
- nombre de décès attribuables au tabac et à l'alcool (données INSERM) ;
- nombre d'alcoolémies positives associées à un accident de la circulation.

PRISE EN COMPTE DES PREOCCUPATIONS DE DEVELOPPEMENT DURABLE

Le programme «conduites de consommation à risque» vise non seulement à améliorer la durée, mais aussi la qualité de vie. Il portera une attention particulière à la réduction des inégalités de santé entre catégories sociales, particulièrement marquées pour ces maladies

CONTRIBUTION AU VOLET TERRITORIAL DU CONTRAT DE PLAN

a) Description de l'aspect territorial des interventions.

La plus grande partie du programme est composée d'actions locales, à l'exception de campagnes régionales d'information ou d'actions régionales de recherche ou de formation

b) Indicateurs d'appréciation des interventions par territoires

Une grande partie des indicateurs peut être déclinée au niveau de chaque département et de chaque bassin de vie. Certains le seront à un niveau plus fin (commune).

32. AGIR PRIORITAIREMENT PAR LA PREVENTION, L'EDUCATION ET LA PROMOTION DE LA SANTE, SUR LE RECOURS AUX SOINS ET L'ENSEMBLE DES DETERMINANTS DE SANTE

Moyen d'action 32.1

Mise en œuvre des 5 programmes régionaux de santé

5 - Programme régional de santé sur les cancers « Challenge »

DESCRIPTION DU MOYEN D'ACTION

a) Description de l'intervention et de ses moyens d'action

Ce programme régional de santé aborde globalement la prévention, le dépistage, la prise en charge des malades et les soins palliatifs. Il intègre la formation, l'information, la communication et l'évaluation.

Le programme a été adopté par l'instance permanente de la Conférence Régionale de Santé le 12 janvier 1999. Construit pour une première période de 3 ans, il se poursuivra durant une quinzaine d'années.

b) Contribution de l'intervention aux orientations stratégiques et aux priorités d'action du contrat de plan

L'intervention s'inscrit dans l'axe stratégique " Contribuer à l'épanouissement culturel et social de tous : Corriger les inégalités en matière de santé " du CPER.

Il s'agit du volet d'une politique régionale de promotion de la santé qui porte sur les 5 priorités définies par la conférence régionale de santé (Cf. autres fiches).

RESULTATS ATTENDUS

Ce programme a arrêté 4 buts généraux :

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">A. Réduire les morts prématurées des cancers (poumon, sein, colon-rectum, voies aéro-digestives supérieures) ;B. Améliorer la qualité de vie des malades et de leur entourage ;C. Réduire les inégalités d'accès, selon les territoires ou en raison de situations socio-économiques ;D. Faire évoluer les mentalités par rapport aux cancers. |
|---|

« Challenge » poursuit des objectifs spécifiques et opérationnels

Avancés au cours de la Conférence Régionale de Santé du 28 avril 1998, ils sont articulés autour des cinq principaux axes du programme :

A - CONNAITRE

1) Poursuivre l'exploitation des **données de mortalité**

2) Disposer d'informations en temps réel à partir :

- du recueil et de l'exploitation de données venant de **registres** des cancers des **Voies Aéro-Digestives Supérieures** et du **sein**.
- de l'exploitation de données venant des **Affections de Longue Durée (ALD)** gérées par les services médicaux de l'assurance maladie.

3) Analyser la prise en charge des malades cancéreux, à partir des **informations régionales des PMSI**, et d'**études qualitatives** concernant les **pratiques collectives de prise en charge** de types de cancers (V.A.D.S.) et les **disparités infra régionales**. Pourront ainsi être mieux analysées les questions de l'accès et de la qualité des soins.

4) Etudier l'adhésion de la population à la prévention et celle des patients aux protocoles thérapeutiques :

- Mieux connaître les **facteurs de risque** à l'échelle régionale.
- Analyser les **représentations** symboliques que suscitent les cancers, les **attitudes** et les **comportements** face à eux, en vue de comprendre les facteurs de résistance à la prise en charge.

5) Engager une recherche / réflexion interdisciplinaire sur la question suivante : *"pourquoi la population régionale vit-elle en oncologie une telle situation inégalitaire ?"* Cette recherche débouchera probablement sur de nouvelles propositions à moyen terme.

B - PREVENIR

- Partir des **priorités** et adopter des **stratégies** ciblées :

- Privilégier des populations : les **jeunes** ; (cf PRS « santé des jeunes »), les adultes **précarisés** (cf « PRAPS ») isolés, ou en cours de réinsertion.

- Agir à partir des **déterminants** (alcool et tabac : cf PRS « conduites de consommation à risques », et alimentation : cf PRS « maladies cardio-vasculaires »), par des approches globales.

- Construire la **base de données** des acteurs et des actions de prévention.
- **Adapter des référentiels et un argumentaire**, et les faire reconnaître.
- **Former les acteurs** à la prévention.

C - DEPISTER : Trois cancers sont concernés : Col - Sein - Colon.

Quatre objectifs spécifiques sont traités :

- *Généraliser le dépistage du cancer du sein dans la région ;*
- *Inciter la participation généralisée des médecins généralistes au dépistage du cancer du col utérin ;*
- *Reprendre le dépistage du cancer colo-rectal ;*
- *Evoluer vers l'intégration de ces dépistages dans les pratiques quotidiennes.*

L'orientation du dépistage est radicalement renouvelée par une double approche. Il sera d'avantage personnalisé d'une part, associant systématiquement la personne consultante et le médecin généraliste, et organisé sur cette base d'autre part, c'est le **dépistage individuel organisé**

D - SOIGNER ET PRENDRE EN CHARGE les patients incités à se prendre en charge, aux différents stades de la maladie, et en lien avec le **Schéma Régional d'Organisation Sanitaire**

- a) Développer une **politique globale**, médico-psycho-sociale autour du malade ;
- b) Gérer l'espace entre le diagnostic et l'entrée dans les soins : **Ecoute** du malade et de sa famille. **Annnonce du diagnostic** ;
- c) Accéder à une **qualité de soins de proximité** ;
- d) Développer les **réseaux** et **filières** ;
- e) **Former les professionnels** en définissant des priorités et en adaptant des outils ;
- f) **Humaniser la prise en charge**. Communiquer avec le patient et sa famille ;
- g) Intégrer d'emblée la **réadaptation physique** et la **réinsertion professionnelle** ;
- h) Généraliser la **psycho-oncologie** ;
- i) Informer, en mettant en place des outils de **communication**.

E - ASSURER L'ACCOMPAGNEMENT ET LES SOINS PALLIATIFS :

But Général : Améliorer la qualité de la vie des personnes vivant avec un cancer incurable :

1. **Assurer la continuité des soins** des personnes vivant avec un cancer incurable,
2. **Accompagner les familles** pendant la maladie et après le décès.

- a) Augmenter d'année en année le nombre de patients cancéreux bénéficiant de **soins d'accompagnement**.
- b) Augmenter d'année en année le nombre de patients cancéreux bénéficiant de **traitements antalgiques appropriés**.
- c) **Informier et soutenir les familles** pendant la maladie et après le décès

PARTENARIAT ET FINANCEMENT

a) Partenaires concernés et contributions financières respectives durant la durée du plan

ACTIONS	ETAT	CONSEIL REGIONAL
Programme régional de santé sur les cancers « Challenge »	12,6 MF (1,9209 M€)	12,6 MF (1,9209 M€)

Les contributions du département du Nord et celle du département du Pas-de-Calais seront réparties sur les 5 programmes constituant le moyen d'action 32.1.

b) Plan de financement et échéancier de mobilisation des financements de l'Etat :

Années	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Programme régional de santé sur les cancers « Challenge »	1,8 MF (0,2744 M€)	1,8 MF (0,2744 M€)	1,8 MF (0,2744 M€)	1,8 MF (0,2744 M€)	1,8 MF (0,2744 M€)	1,8 MF (0,2744 M€)	1,8 MF (0,2744 M€)

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI

a) Bénéficiaires des subventions : les porteurs d'action retenus lors de l'appel à projets annuel

b) Populations concernées :

La population du Nord - Pas de Calais
Les malades du cancer.

c) Critères de sélection des opérations

- *Cohérence par rapport aux objectifs du PRS.*
- *Adéquation des activités prévues et du budget proposé.*
- *Capacité des promoteurs à mener à bien le projet.*
- *Réponse au cahier des charges du programme, plus spécifiquement à la « Charte »*
 - Recenser l'**existant** et s'appuyer initialement sur lui.
 - Tenir compte de la **globalité** du programme.
 - Partir de la **population**, et agir avec elle à partir d'objectifs.
 - Agir en associant tous les **partenaires** concernés.
 - Partir des **territoires** : adapter des politiques à la région, par bassin de vie et avec les partenaires locaux.
 - Agir dans la **durée**.

d) Taux d'intervention (conditions particulières d'intervention)

Le financement de l'Etat couvrira 20 % du coût du programme.

e) Partenaires coordonnateurs et services pilotes

Pilote et coordination : Etat (DRASS). Chefs de projet : Dr Philippe Macquet et Me Véronique Salfati.
Un **comité de suivi** (22 membres) a pris la suite du groupe de programmation.

La coordination associe toutes les institutions régionales et départementales :

Services de l'Etat : Préfecture, DRASS, DDASS, Rectorat d'académie

Collectivités territoriales : Conseil Régional et Conseils Généraux,

Assurance maladie : CRAM, URCAM et service médical régional,

ARH et instances hospitalières : CHRU, Centre anticancéreux, fédérations hospitalières,

Professions de santé : URMEF, Ordres des médecins, chirurgiens dentistes et pharmaciens, présidents de CME, Institut de médecine du travail, Formation médicale continue, Organisations infirmières et kinésithérapeutes, Associations de spécialistes médicaux,

Universités, Lille 2 (médecine), Lille 3 (psychologie et éducation – santé) et Lille 1 (sciences humaines)

Grandes associations régionales : Groupement régional d'alcoologie (GRA), Espace de concertation et de liaison des associations contre le tabagisme (ECLAT), associations de malades, comités départementaux de la Ligue contre le cancer, associations de consommateurs, associations régionales de santé (ORS, MRPS, CRES, CDES),...

f) Dispositif d'instruction et de suivi

Cf objectif opérationnel

Un comité permanent de la Conférence Régionale de Santé associant l'ensemble des bailleurs de fonds assurera l'instruction conjointe des projets d'action entrant dans le cadre du programme. Il disposera pour ce faire d'un tableau de bord permettant de suivre les actions mises en œuvre, les ressources qui y sont consacrées et les résultats obtenus.

Le suivi est assuré par la DRASS, assisté du Comité de suivi, et aidé dans l'évaluation par un organisme indépendant.

7 équipes et plus de 50 actions assurent un suivi proche du terrain.

INDICATEURS

Mortalité évitable :

- Mortalité, afin de revenir aux taux nationaux dans un délai de 10 (cancers du sein) à 15 ans (VADS, poumon, colo-rectal).

Améliorer de 50 % le dépistage et le diagnostic précoce des cancers.

- Morbidité et qualité de vie.
- Suivi des prises en charge et de l'accompagnement en fin de vie

Les indicateurs déclinés finement par pathologie et par type d'entre-elles, par tranches d'âge, par sexe et par secteurs géographiques à l'échelle de circonscription de caisses d'assurance maladie (sensiblement arrondissement) permettent une précision et une grande adaptabilité des objectifs choisis.

Indicateurs de suivi

- Avancée du programme et du déroulement des actions.

PRISE EN COMPTE DES PREOCCUPATIONS DE DEVELOPPEMENT DURABLE

a) Argumentaire sur l'introduction de cette préoccupation dans l'intervention

Le programme « Challenge » vise à améliorer la durée, mais aussi la qualité de vie. Il portera une attention particulière à la réduction des inégalités de santé entre catégories sociales et les zones géographiques, particulièrement marquées pour cette maladie.

b) Eléments de caractérisation de l'impact de l'intervention dans les trois dimensions du développement durable (économique, environnement, équité sociale) en complément des indicateurs de résultats

D'une façon générale, l'ensemble du programme et des actions qui le composent sont menés par et avec la population, condition première du développement.

Les questions environnementales et de qualité de vie sont intégrées dans « Challenge » à double titre : en aval, en raison de l'impact de pollutions sur les cancers, et en amont par un certain nombre d'actions engagées avec les industriels agro-alimentaires et les grandes surfaces d'une part, et directement par une meilleure qualité de vie des malades et de leurs proches. D'autres approches du programme y participent de même, par exemple dans le monde du travail.

Les choix exprimés par le 3^{ème} but général, imprègnent au programme une exigence constante pour une meilleure équité sociale : développement appuyant la dynamique de projet dans les secteurs en situation d'inégalité, tant géographiques que socio-économiques.

CONTRIBUTION AU VOLET TERRITORIAL DU CONTRAT DE PLAN

a) Description de l'aspect territorial des interventions

Le champ de l'action est régional, avec une préoccupation de répartition territoriale centrée sur les secteurs en difficulté socio-économique. Trois types de niveau d'intervention sont adoptés : régional, local (choix sur critères d'inégalité, pilotage par les acteurs locaux, exigence d'évaluation en vue d'une reproductibilité), et par bassin de vie.

b) Part des financements réservés à des procédures territoriales

La grande majorité des actions du programme seront territorialisées. 15 % des financements sont réservés à des procédures plus spécifiquement territoriales.

c) Indicateurs d'appréciation des interventions par territoires

Une grande partie des indicateurs peut être déclinée au niveau de chaque département et de chaque bassin de vie, tant concernant la mortalité et la morbidité que la prise en charge des différentes pathologies.

32. AGIR PRIORITAIREMENT PAR LA PREVENTION, L'EDUCATION ET LA PROMOTION DE LA SANTE, SUR LE RECOURS AUX SOINS ET L'ENSEMBLE DES DETERMINANTS DE SANTE

Moyen d'action 32.2 Santé environnement

1 - Programme régional de santé Lutte contre les intoxications au monoxyde de carbone

DESCRIPTION DU MOYEN D'ACTION

La lutte contre les intoxications au monoxyde de carbone sera abordée dans le Plan Régional de la Qualité de l'Air (P.R.Q.A.) qui formulera des recommandations et orientations utiles pour la mise en œuvre de cette action. Il est également à noter que ce problème particulièrement préoccupant dans notre région a incité la DGS à confier une mission d'appui sur la prévention des intoxications au monoxyde de carbone à la CIRE de la DRASS.

Description de l'intervention et de ses moyens d'action

L'objectif est d'améliorer la gestion de ce risque potentiellement mortel qui doit être abordé dans sa globalité par :

- L'amélioration d'un système exhaustif de recueil des cas d'intoxication ;
- l'éradication des récidives par une intervention à domicile ;
- la délégation d'une partie des interventions à domicile (les effectifs des Services santé environnement des DDASS n'y suffisent pas) en contractualisant avec des organismes compétents ;
- l'étude pour la mise en place d'une stratégie de communication auprès du Public ;
- le financement des actions de communication ;
- l'évaluation des actions mises en place.

Contribution de l'intervention

Cette action s'inscrit dans l'axe III "Contribuer à l'épanouissement culturel et social de tous" III₃ "Corriger les inégalités en matière de santé".

RESULTATS ATTENDUS

- connaissance de l'ensemble des cas d'intoxication au Monoxyde de Carbone ;
- intervention auprès de tous les intoxiqués et suivi de l'expertise technique domiciliaire pour éviter les récidives ;
- diminuer de moitié le nombre d'intoxiqués sur un délai de 6 ans par une communication de fond et les visites domiciliaires.

PARTENARIAT ET FINANCEMENT

Partenaires concernés et contributions financières respectives

- Le Conseil Régional,
- les Conseils Généraux,
- les Communes,
- le Centre Anti Poison,
- le groupe de travail energie-habitat du P.R.Q.A.,
- le groupe de programmation du P.R.A.P.S.,
- le Centre hyperbar aux urgences respiratoires du CHR,
- la Cellule interrégionale d'épidémiologie,
- les Services Départementaux d'incendie et de secours,

- les Services des urgences hospitaliers,
- les Bailleurs,
- le monde professionnel de vendeurs et installateurs de chauffage et de production d'eau chaude.

Etat : 5 MF (0,7622 M€)

Région : 12 MF (1,8294 M€) (*)

(*) La contribution de la Région sera répartie sur les 3 programmes constituant le moyen d'action 32.2.

Plan de financement et échéancier de mobilisation des financements de l'Etat

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
0,25 MF (0,0381 M€)	0,5 MF (0,0762M€)	0,85 MF (0,1296M€)	0,85 MF (0,1296M€)	0,85 MF (0,1296M€)	0,85 MF (0,1296M€)	0,85 MF (0,1296M€)

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI

a) Bénéficiaires des subventions : les porteurs d'action retenus lors de l'appel à projets annuel

b) Populations concernées :

L'ensemble de la population Régionale avec une attention particulière pour les populations défavorisées ou ayant des revenus modestes.

c) Partenaires coordonnateurs et services pilotes

Les partenaires coordonnateurs et services pilotes et les financeurs seront regroupés dans un comité de Pilotage comprenant :

- le Conseil Régional,
- les Conseils Généraux,
- le groupe de programmation du P.R.A.P.S.,
- Cellule interrégionale d'épidémiologie,
- les DDASS et la DRASS,
- le groupe de travail énergie-habitat du P.R.Q.A.,
- le Service départemental d'incendie et de secours,
- le Centre Anti Poison.

d) Dispositifs d'instruction et de suivi

Cf objectif opérationnel.

INDICATEURS

Bilan annuel :

- du nombre de visites à domicile,
- du nombre de récidives,
- du nombre d'intoxiqués.

- Un bilan annuel du recueil des cas, des zones géographiques sensibles et de la campagne d'information sera établi.

PRISE EN COMPTE DES PREOCCUPATIONS DE DEVELOPPEMENT DURABLE

La mise en place de cette action vise notamment à alerter la population sur l'utilisation rationnelle de l'énergie tout en prenant en compte l'impact sanitaire lié au mode de chauffage et à la production d'eau chaude. Les campagnes d'information viseront à modifier les habitudes et comportement susceptible d'occasionner les intoxications.

CONTRIBUTION AU VOLET TERRITORIAL DU CONTRAT DE PLAN

On peut s'attendre que les populations concernées soient situées dans des zones sociales défavorisées où le chauffage au charbon et les chauffages d'appoint sont mal maîtrisés. Le bilan annuel des zones sensibles aidera à la territorialisation des actions.

32. AGIR PRIORITAIREMENT PAR LA PREVENTION, L'EDUCATION ET LA PROMOTION DE LA SANTE, SUR LE RECOURS AUX SOINS ET L'ENSEMBLE DES DETERMINANTS DE SANTE

Moyen d'action 32.2 Santé environnement

2 - Programme régional de santé Lutte contre le saturnisme infantile

DESCRIPTION DU MOYEN D'ACTION

Il s'agit de la mise en œuvre d'un dispositif visant à lutter contre le saturnisme infantile en complément des dispositions prévues par la loi de prévention contre les exclusions. Cette action vise les enfants et les femmes enceintes vivant dans un habitat ancien issu du passé industriel de la région, souvent vétuste et équipé de canalisations en plomb ou dans des logements situés à proximité de sites pollués. Elle s'appuiera sur les conclusions et recommandations du programme de prévention du saturnisme infantile mis en place en 1994 dans le Pas de Calais autour des sites de Métaleurop de Noyelles-Godault et les recommandations du groupe d'experts de l'INSERM "plomb dans l'environnement quels risques pour la santé ?". Cette action devra être menée en collaboration avec la proposition au C.P.E.R "Evaluation et gestion du risque sanitaire à proximité des sols pollués".

Description de l'intervention et de ses moyens d'action :

L'intervention comprendra :

- la détermination des zones à risques (logements avec peinture au plomb et/ou adduction d'eau par canalisation en plomb et situé à proximité de zones polluées par les métaux),
- la recherche des enfants âgés de 2 à 3 ans dans les zones déterminées,
- l'étude des logements,
- l'étude des comportements dans les zones déterminées,
- le dépistage des populations à risques,
- la mise en place et la diffusion de recommandations à destination de la population exposée, des professionnels du secteur sanitaire et social,
- le suivi médical et social des populations considérées,
- l'évaluation des actions.

Contribution de l'intervention :

Ces actions s'inscrivent dans l'axe III "Contribuer à l'épanouissement culturel et social de tous" III₃ "Corriger les inégalités en matière de santé".

RESULTATS ATTENDUS

Ne plus avoir d'enfants porteurs d'une plombémie supérieure à 100 µg/l à l'issue du Contrat de Plan Etat-Région.

PARTENARIAT ET FINANCEMENT

Partenaires concernés

- Conseil Régional,
- Conseils généraux et leur service P.M.I.,
- les communes concernées,
- La Direction Départementale de l'Equipement,
- les comités départementaux pour la lutte contre le saturnisme infantile,
- l'Observatoire Régional de la Santé,
- le Centre Anti Poison,
- les Services de santé scolaire,
- le groupe de programmation du PRAPS,
- les médecins hospitaliers et libéraux,
- les bailleurs.

Etat : 5 MF (0,7622 M€)

Département du Pas-de-Calais : 0,7 MF (0,1067 M€)

Région : La contribution de la Région (12 MF, soit 1,8294 M€) sera répartie sur les 3 programmes constituant le moyen d'action 32.2.

Plan de financement et échéancier de mobilisation des financements de l'Etat

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
0,25 MF (0,0381 M€)	0,5 MF (0,0762 M€)	0,85 MF (0,1296 M€)	0,85 MF (0,1296 M€)	0,85 MF (0,1296 M€)	0,85 MF (0,1296 M€)	0,85 MF (0,1296 M€)

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI

a) Bénéficiaires des subventions : porteurs d'action retenus lors de l'appel à projets annuel

b) Populations concernées :

Les jeunes enfants et les femmes enceintes.

c) Critères de sélection des opérations

Sites et populations à risques. Capacité des collectivités locales à s'investir dans le projet.

d) Partenaires coordonnateurs et services pilotes

Le Conseil Régional, les Conseils Généraux, les Communes, Monsieur le Sous-Préfet chargé de la politique de la ville, les DDASS, la CIRE.

e) Dispositifs d'instruction et de suivi

Cf objectif opérationnel.

INDICATEUR

- Ne plus avoir d'enfants porteurs d'une plombémie supérieure à 100 µg/l à l'issue du Contrat de Plan Etat - Région.

PRISE EN COMPTE DES PREOCCUPATIONS DE DEVELOPPEMENT DURABLE

Cette action vise à supprimer le risque saturnisme infantile dans la région. Elle doit permettre de résoudre le problème de l'exposition au plomb de la population la plus souvent défavorisée.

CONTRIBUTION AU VOLET TERRITORIAL DU CONTRAT DE PLAN

Les interventions s'effectuent dans des quartiers en général défavorisés (habitat souvent insalubre) logés dans des constructions issues du passé industriel de la région ou à proximité de sites industriels pollués par les métaux lourds.

32. AGIR PRIORITAIREMENT PAR LA PREVENTION, L'EDUCATION ET LA PROMOTION DE LA SANTE, SUR LE RECOURS AUX SOINS ET L'ENSEMBLE DES DETERMINANTS DE SANTE

Moyen d'action 32.2 Santé environnement

3 - Programme régional de santé Evaluation et gestion du risque sanitaire à proximité de sites pollués

DESCRIPTION DU MOYEN D'ACTION

Description de l'intervention et de ses moyens d'action

Ce volet propose des actions d'évaluation et de gestion des risques des populations exposées à proximité de sites pollués :

- Inventaire des sites pollués pouvant présenter un risque sanitaire pour la population ;
- identification des polluants et de la population concernée ;
- identification de l'impact sanitaire par une démarche d'évaluation de risques pour chaque polluant au regard de la population concernée.

Contribution de l'intervention

Cette action s'inscrit dans l'axe III : "contribuer à l'épanouissement culturel et social de tous" III₃ "Corriger les inégalités en matière de Santé".

RESULTATS ATTENDUS

- Connaissance de la population soumise aux polluants ;
- connaissance de l'exposition et de l'imprégnation par les polluants de la population ;
- détermination du risque sanitaire ;
- information et sensibilisation de la population concernée en partageant les connaissances acquises ;
- réduction de l'exposition de la population au risque sanitaire ;
- intégration des connaissances acquises sous forme d'un système d'information géographique.

PARTENARIAT ET FINANCEMENT

Partenaires concernés et contributions financières respectives

- Institut de veille sanitaire,
- Conseil Régional,
- Conseils Généraux du Nord Pas de Calais,
- Les comités départementaux de Pilotage Plomb pour la lutte contre le saturnisme infantile,
- le groupe de programmation du P.R.A.P.S.,
- le Centre Anti Poison,
- Communes concernées,
- Secrétariat permanent pour la prévention des pollutions industrielles,
- les Pilotes du programme de recherches concertées sur les métaux lourds (PRC) autour de métaleurop,
- Pôle de compétence sur les sites et sols pollués,
- Equipe de recherche (Université),
- Associations locales,
- Monde industriel.

Etat : 20 MF (3,0490 M€)

Région : La contribution de la Région [12 MF (1,8294 M€)] sera répartie sur les 3 programmes constituant le moyen d'action 32.2.

Plan de financement et échéancier de mobilisation des financements de l'Etat

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	TOTAL
0,5 MF (0,0762M€)	1,5 MF (0,2287M€)	3 MF (0,4573M€)	3,5 MF (0,5336M€)	3,5 MF (0,5336M€)	4 MF (0,6098M€)	4 MF (0,6098M€)	20 MF (3,0490M€)

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI

a) Bénéficiaires des subventions : les porteurs d'action retenus lors de l'appel à projets annuel.

b) Populations concernées

La population exposée aux polluants.

c) Le critère de sélection des opérations

Priorisation par ordre d'importance du risque connu ou supposé et de la taille de la population concernée.

d) Partenaires coordonnateurs et services pilotes

Le Conseil Régional, les conseils généraux, les communes concernées, l'institut de veille sanitaire, la Cellule interrégionale d'épidémiologie, les D.D.A.S.S. et D.R.A.S.S.

L'évaluation du risque sanitaire sera réalisée par l'institut de veille sanitaire et la C.I.R.E de la DRASS, la gestion des résultats par les D.D.A.S.S.

e) Dispositifs d'instruction et de suivi

Cf objectif opérationnel.

INDICATEURS

- Evaluation des rejets polluants, de leurs traceurs et de bio indicateurs dans les zones déterminées.
- Suivi de l'imprégnation et des effets de la pollution sur la population.

PRISE EN COMPTE DES PREOCCUPATIONS DE DEVELOPPEMENT DURABLE

Première Région de France au niveau des superficies de friches industrielles, la Région Nord Pas de Calais présente une forte densité de sols pollués dont il est difficile d'évaluer l'impact exact sur la population.

Cette proposition est une première dans la mesure où, alliée à une situation environnementale donnée une région proposerait des actions de santé publique propres à prévenir et garantir des conditions sanitaires et sociales durables et décentes.

CONTRIBUTION AU VOLET TERRITORIAL DU CONTRAT DE PLAN

L'action concernera l'étude des sites répertoriés comme polluants ou pollués occasionnant un risque pour la population.

33. AMELIORER QUANTITATIVEMENT ET QUALITATIVEMENT LA PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE

ETAT DES LIEUX

La région Nord – Pas-de-Calais se caractérise par un sous-développement médico-social global, particulièrement dans le domaine du polyhandicapé adulte.

Le XIème CPER a permis la construction de 1680 lits et l'équipement de 1676 lits. Les crédits délégués au titre de la dernière année de financement de l'actuel plan permettent la réalisation de 409 lits supplémentaires.

DÉFINITION DE L'OBJECTIF OPÉRATIONNEL

Outre un état de santé profondément et durablement dégradé, la situation sanitaire régionale se caractérise par un sous-développement sanitaire et médico-social global.

Pour ce qui concerne le domaine hospitalier et la médecine ambulatoire, cette problématique ne peut relever du Contrat de Plan Etat – Région.

En revanche, compte tenu du sous-équipement médico social régional, et plus particulièrement dans le domaine du polyhandicapé adulte, un effort de rattrapage doit être prioritairement envisagé. En effet, la capacité des structures accueillant des adultes lourdement handicapés est en Nord – Pas-de-Calais très inférieure à la moyenne nationale. Ce sous-équipement régional conduit ainsi parfois à maintenir de jeunes adultes en établissement pour enfants. De même, ces difficultés de placement obligent les familles à recourir à un hébergement en Belgique.

Enfin, priorité nationale retenue par l'Etat en 1989, les programmes d'humanisation et de transformation des hospices ont permis de répondre à une nécessité d'accueillir les personnes âgées dans des conditions prenant en compte réellement la qualité de vie de ces personnes.

La fin de ce programme vise à mieux répondre aux besoins évolutifs des personnes âgées dont le nombre, selon les projections démographiques existantes, est appelé à augmenter régulièrement au cours des prochaines années. Ainsi, les personnes en perte d'autonomie, en besoin de soins spécifiques, les services de proximité, la mise en place de réseaux de coordination gérontologique, sont aujourd'hui pris progressivement en charge par les pouvoirs publics.

RÉSULTATS ATTENDUS

- achèvement du programme d'humanisation des hospices
- création de 27 réseaux de gérontologie
- création de MAS-FDT

PARTENARIAT ET FINANCEMENT

ACTIONS	ETAT	REGION	CONSEIL GENERAL DU NORD	CONSEIL GENERAL DU PAS DE CALAIS
<u>dont</u> :	268 MF (40,8563M€)	59,5 MF (9,0707M€)	197,5 MF (30,1087M€)	86,3 MF (13,1564M€)
humanisation des hospices	120 MF (18,2939M€)	22,5 MF (3,4301M€)	184 MF (28,0506M€)	80 MF (12,1959M€)
Réseaux gérontologie	28 MF (4,2686M€)	7 MF (1,0671M€)	13,5 MF (2,0581M€)	6,3 MF (0,9604M€)
Adultes handicapés	120 MF (18,2939M€)	30 MF (4,5735M€)		

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI

Un groupe technique de programmation et de suivi sera mis en place en liaison avec le Comité Régional institué par la loi sur l'exclusion du 29 juillet 1998, pour les objectifs opérationnels 26, 27, 28, 32, 33 et 47.

INDICATEURS DE RESULTAT

- Nombre d'entrées de personnes âgées en établissements
- Nombre de places par établissement

INDICATEURS DE REALISATION

- Nombre de lits créés ou humanisés
- Nombre de réseaux de gérontologie mis en place

INDICATEURS DE DEVELOPPEMENT DURABLE

- Nombre d'emplois créés en établissements et par les réseaux
- Nombre de structures de services de proximité complémentaires aux services de gérontologie mis en place
- Nombre de structures prenant en compte une démarche (de type HQE) environnementale ou participative

INDICATEURS DE CONTEXTE

- Nombre de lits restant à humaniser
- Nombre de jeunes adultes hébergés en Belgique
- Nombre de handicapés hébergés en Belgique
- Nombre d'adultes handicapés en liste d'attente

CONTRIBUTION AU VOLET TERRITORIAL DU CONTRAT DE PLAN

L'Etat consacrera 36 MF (5,4882 M€) aux actions territorialisées.

33. AMELIORER QUANTITATIVEMENT ET QUALITATIVEMENT LA PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE

Moyen d'action 33.1 Humanisation des hospices

DESCRIPTION DU MOYEN D'ACTION

Achèvement de l'humanisation des hospices engagée au cours des précédents CPER.

RÉSULTATS ATTENDUS

- La fin du programme de l'humanisation des hospices prévu par la loi de 1975 avec les dernières opérations : 648 lits à construire et 1467 lits à équiper répartis sur 9 établissements pour la construction et 16 pour l'équipement,
- En ce qui concerne les mises aux normes : 1000 lits environ sur 7 établissements.

PARTENARIAT ET FINANCEMENT

Etat : 120 MF (18,2939 M€)

Région : 22,5 MF (3,43 M€)

Département du Nord : 184 MF (28,05 M€) dont 34 MF (5,1833 M€) pour le programme d'humanisation des hospices et 150 MF (22,8674 M€) pour l'adaptation des établissements publics et privés pour personnes âgées dépendantes

Département du Pas-de-Calais : 80 MF (12,1959 M€) dont 28 MF (4,2686 M€) pour le programme d'humanisation des hospices et 52 MF (7,9273 M€) pour l'adaptation des établissements publics et privés non lucratifs pour personnes âgées dépendantes.

Le Phasage : (volet Etat) dans les deux programmes :

ANNEES	2000	2001	2002	2003	TOTAL
HUMANISATION DES HOSPICES	30 MF (4,5735 M€)	30 MF (4,5735 M€)	30 MF (4,5735 M€)	30 MF (4,5735 M€)	120 MF (18,2939 M€)

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI

a) **Bénéficiaires des subventions** : Etablissements pour personnes âgées

b) **Populations concernées** :

Personnes âgées de + de 60 ans

c) **Critères de sélection des opérations**

Ils sont multiples :

- Pour l'humanisation des hospices, la sélection des opérations subventionnables s'opère selon les critères énumérés ci-dessous :
 - Les lits à construire ou à équiper doivent appartenir à des établissements ayant ou ayant eu la qualité d'hospices, à l'exclusion de ceux provenant d'une extension de la capacité initiale,
 - Les projets d'humanisation doivent être techniquement et financièrement satisfaisants,

- L'opération d'humanisation doit aboutir à la suppression des conditions d'installation matérielle précaires ou insuffisantes des personnes hébergées sans entraîner des coûts de fonctionnement excessifs soit pour les personnes hébergées, soit pour les collectivités,
 - Les opérations concernées sont celles qui ont déjà été identifiées et recensées dans les CPER précédents et dont la réalisation n'a pas pu être engagée ou terminée, à l'exclusion de toute autre opération nouvelle, y compris celles ayant fait l'objet d'une rénovation et ne comportant ni salle commune, ni chambre avec un nombre de lits supérieur à 2.
- Pour la mise aux normes des établissements :
- Les établissements pour lesquels les commissions de sécurité ont émis un avis défavorable à leur fonctionnement,
 - L'urgence des travaux à réaliser.

d) Taux d'intervention : 30 % pour l'Etat

e) Partenaires coordonnateurs et services pilotes

- D.D.A.S.S. et D.D.E. pour la réception et la présentation des dossiers.

f) Dispositifs d'instruction et de suivi

Cf objectif opérationnel.

INDICATEUR

- Pourcentage annuel des lits humanisés et des mises aux normes par rapport à l'objectif figurant au paragraphe III.

PRISE EN COMPTE DES PRÉOCCUPATIONS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE

- Maintien des personnes âgées dépendantes dans leur environnement (volet environnement),
- Prise en charge de qualité dans la proximité (volet équité sociale),
- Création ou maintien d'emplois dans le cadre du développement de l'offre de service aux personnes âgées (volet économie).

CONTRIBUTION AU VOLET TERRITORIAL DU CONTRAT DE PLAN

- La totalité des opérations envisagées correspondent à la desserte d'une zone d'attraction (commune, groupe de commune, quartier, canton),
- Elles sont clairement identifiées et participeront au développement du territoire sur lequel elles sont implantées mais n'ont pas systématiquement provoqué la création de syndicats de communes ou de GIP.
- Pour ce qui concerne le programme de mise aux normes de travaux à engager dans les maisons de retraite publiques gérées par des établissements hospitaliers dont les maires sont les présidents des conseils d'administration, la participation des communes au volet territorial du CPER pourrait être recherchée.

33. AMELIORER QUANTITATIVEMENT ET QUALITATIVEMENT LA PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE

Moyen d'action 33.2 Création de réseaux de gérontologie

DESCRIPTION DU MOYEN D'ACTION

Création de réseaux de gérontologie sur l'ensemble de la région, destinés à être des supports aux actions de coordination sur le terrain et favorisant ainsi une meilleure efficacité des interventions apportées à la personne âgée pour son maintien ou son retour à domicile. La concertation gérontologique a pour objet de mobiliser tous les partenaires locaux en vue de maintenir ou d'améliorer la participation des personnes âgées à la vie locale.

RESULTATS ATTENDUS

Création et/ou pérennisation de 27 réseaux de gérontologie.

PARTENARIAT ET FINANCEMENT

ACTION	ETAT	REGION	CONSEILS GENERAUX
Réseaux de gérontologie	28 MF (4,2686 M€)	7 MF (1,0671 M€)	CG 59 : 13,5 MF (2,0581 M€) CG 62 : 6,3 MF (0,9604 M€)

Le phasage (volet Etat)

ANNEES	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Réseaux de gérontologie	4 MF (0,6098M€)	4 MF (0,6098M€)	4 MF (0,6098M€)	4 MF (0,6098M€)	4 MF (0,6098M€)	4 MF (0,6098M€)	4 MF (0,6098M€)

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI

Populations concernées :

Personnes âgées de plus de 60 ans.

Critères de sélection des opérations

- Cohérence de la sectorisation en terme de bassin de vie des personnes âgées, tant au niveau sanitaire que social.
- Existence d'un établissement hospitalier de référence.
- Existence ou création d'une association support de réseau, regroupant l'ensemble des intervenants auprès des personnes âgées.

Partenaires coordonnateurs et services pilotes

DDASS et Conseils Généraux pour la réception et la présentation des dossiers.

Dispositifs d'instruction et de suivi

Cf objectif opérationnel.

INDICATEUR

- Nombre de réseaux de gérontologie fonctionnant dans la région.

PRISE EN COMPTE DES PREOCCUPATIONS DE DEVELOPPEMENT DURABLE

- Maintien des personnes âgées dépendantes dans leur environnement (volet environnement).
- Cohérence et qualité de leur prise en charge dans la proximité (volet équité sociale).
- Création d'emplois dans le cadre du développement de l'offre de service aux personnes âgées (volet économie).

CONTRIBUTION AU VOLET TERRITORIAL DU CONTRAT DE PLAN

Les réseaux de gérontologie seront créés sur un secteur correspondant à un bassin de vie des personnes âgées, impliquant l'ensemble des intervenants auprès de cette population sur un territoire donné, les communes étant fortement impliquées dans ces réseaux, de par leurs compétences dans ce domaine.

Dans ce cadre, la participation des communes sera recherchée à hauteur de 80.000 F (12.195,92 €) par réseau, soit 15,12 MF (2,3050 M€) au total.

33. AMELIORER QUANTITATIVEMENT ET QUALITATIVEMENT LA PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE

Moyen d'action 33.3

Renforcer les établissements pour adultes lourdement handicapés

DESCRIPTION DU MOYEN D'ACTION

- Accompagnement du plan pluriannuel de création de places pour adultes lourdement handicapés.

RESULTATS ATTENDUS

- Création de 900 lits de MAS-FDT.

PARTENARIAT ET FINANCEMENT

ACTIONS	ETAT	REGION
Création de MAS-FDT	120 MF (18,2939 M€) (30 %)	30 MF (4,5735 M€)

Le phasage (volet Etat)

ANNEES	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Création de MAS-FDT	20 MF (3,0490M€)	20 MF (3,0490M€)	20 MF (3,0490M€)	20 MF (3,0490M€)	20 MF (3,0490M€)	10 MF (1,5245M€)	10 MF (1,5245M€)

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE ET DE SUIVI

a) Bénéficiaires des subventions : Maisons d'accueil spécialisées

b) Populations concernées :

Adultes lourdement handicapés.

c) Critères de sélection des opérations

Les projets auront fait préalablement l'objet d'un examen par le CROSS et d'une autorisation dûment signée par les autorités compétentes.

d) Taux d'intervention

- MAS-FDT

Etat : 30 %

Région :

e) Partenaires coordonnateurs et services pilotes

- DDASS, Conseils Généraux (le cas échéant) et DDE pour la réception et la présentation des dossiers.

f) Dispositifs d'instruction et de suivi

Cf objectif opérationnel.

INDICATEUR

- Pourcentage annuel de lits et places créés

PRISE EN COMPTE DES PREOCCUPATIONS DE DEVELOPPEMENT DURABLE

- Réponse aux besoins importants d'équipements pour personnes handicapées lourdes, permettant leur prise en charge au sein de leur environnement (volet environnement),
- Avec une répartition des équipements judicieuse (volet équité sociale).
- Permettant aussi la création d'emplois à la faveur du développement de ces équipements (volet emploi).

CONTRIBUTION AU VOLET TERRITORIAL DU CONTRAT DE PLAN

- La totalité des opérations envisagées correspond à la desserte d'une zone d'attraction (commune, groupe de communes, quartier, canton).
- Pour une partie d'entre elles, elles sont clairement identifiées et participeront au développement du territoire sur lequel elles sont implantées.