

**Service émetteur :**  
**Service prévention et promotion de la santé**  
[ars-rhonealpes-promotion-sante@ars.sante.fr](mailto:ars-rhonealpes-promotion-sante@ars.sante.fr)

## PROGRAMMATION DES ACTIONS DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ 2011

**Cahier des charges à l'attention des porteurs de projets**

**« Réduction des inégalités sociales et territoriales de santé »**

**&**

- POPULATIONS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ**
- NUTRITION – SANTÉ BUCCO-DENTAIRE**
- SANTÉ MENTALE**
- PRÉVENTION DES ADDICTIONS**
- PRÉVENTION DU VIH, DU SIDA, DES IST ET DES HÉPATITES**

## TABLE DES MATIERES

1. L'AGENCE REGIONALE DE SANTE RHONE ALPES.....	4
1.1 Les missions : .....	4
1.2 Le service prévention et promotion de la santé.....	5
1.3 Les délégations territoriales départementales (DTD).....	5
2. LE CONTEXTE D'ELABORATION DU CAHIER DES CHARGES 2011 : .....	5
POPULATIONS EN SITUATION DE PRECARITE.....	7
3. CONSTATS ET DIAGNOSTIC .....	8
3.1 Référentiels .....	8
3.2 Etat des lieux.....	8
3.3 La problématique en Rhône Alpes pour ces publics spécifiques .....	12
4. LES OBJECTIFS DU SERVICE PREVENTION-PROMOTION DE LA SANTE DE L'ARS POUR 2011 .....	12
4.1 Objectifs .....	12
4.2 Modalités d'actions.....	12
NUTRITION - SANTE BUCCO-DENTAIRE.....	15
A. NUTRITION.....	16
3. CONSTATS ET DIAGNOSTIC .....	16
3.1 Référentiels .....	16
3.2 Etat des lieux – Bilan synthétique des actions financées par l'ARS .....	16
3.3 La problématique en Rhône Alpes.....	19
4 LES OBJECTIFS DE L'ARS EN PREVENTION – PROMOTION DE LA SANTE..	19
4.1 Objectifs .....	19
4.2 Modalités d'actions.....	20
B. SANTE BUCCO-DENTAIRE .....	21
3 CONSTATS ET DIAGNOSTIC .....	21
3.1 Référentiels .....	21
3.2 Etat des lieux – Bilan synthétique des actions financées par l'ARS .....	21
3.3 Problématique en Rhône Alpes .....	22
4. LES OBJECTIFS DU SERVICE PREVENTION – PROMOTION DE LA SANTE DE L'ARS .....	22
4.1 La poursuite de l'existant .....	22
4.2 Les attentes nouvelles.....	23
C. CRITERES D'ELIGIBILITE PROPRES AUX PROJETS NUTRITION ET SANTE BUCCO-DENTAIRE. ....	23
SANTE MENTALE.....	25

<b>3. CONSTATS ET DIAGNOSTIC .....</b>	<b>26</b>
3.1 Référentiels .....	26
3.2 Etat des lieux.....	26
3.3 La problématique .....	28
<b>4. LES OBJECTIFS EN PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE DE L'ARS EN 2011.....</b>	<b>28</b>
4.1 La poursuite de l'existant en direction des publics ciblés.....	28
4.2 Les attentes nouvelles.....	29
<b>PREVENTION DES ADDICTIONS.....</b>	<b>31</b>
<b>3. CONSTATS ET DIAGNOSTIC .....</b>	<b>32</b>
3.1 Référentiels .....	32
3.2 Etat des lieux – Bilan synthétique des actions financées par l'ARS.....	33
3.3 La problématique en Rhône Alpes.....	34
<b>4. LES OBJECTIFS DE L'ARS EN PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE POUR 2011 .....</b>	<b>34</b>
4.1 Objectifs .....	34
4.2 Modalités d'actions.....	35
<b>PREVENTION DU VIH-SIDA, DES IST ET DES HEPATITES.....</b>	<b>37</b>
<b>3. CONSTATS ET DIAGNOSTIC .....</b>	<b>38</b>
3.1 Référentiels .....	38
3.2 Etat des lieux.....	38
3.3 Les problématiques prégnantes en France et en région Rhône-Alpes sur la thématique VIH / SIDA / IST / Hépatites .....	43
<b>4. LES OBJECTIFS DE L'ARS POUR 2011 .....</b>	<b>44</b>
4.1 Les territoires prioritaires en Rhône-Alpes.....	44
4.2 Les publics prioritaires en Rhône-Alpes.....	44
4.3 Les autres publics.....	50
<b>ELEMENTS COMMUNS AUX DIFFERENTES THEMATIQUES .....</b>	<b>53</b>
<b>5. L'EVALUATION DES PROJETS .....</b>	<b>54</b>
<b>6. CRITERES D'ELIGIBILITE DES PROJETS.....</b>	<b>54</b>
6.1 Critères généraux.....	54
6.2 Critères de financement .....	55
<b>7. RECEVABILITE ADMINISTRATIVE DE LA DEMANDE.....</b>	<b>56</b>
<b>8. CALENDRIER .....</b>	<b>56</b>
<b>9. VOS INTERLOCUTEURS EN REGION .....</b>	<b>57</b>
9.1 Les Délégations territoriales départementales .....	57
9.2 Les référents thématiques administratifs régionaux et du département du Rhône .....	57
9.3 Les structures ressources .....	58
<b>ANNEXE 1.....</b>	<b>59</b>

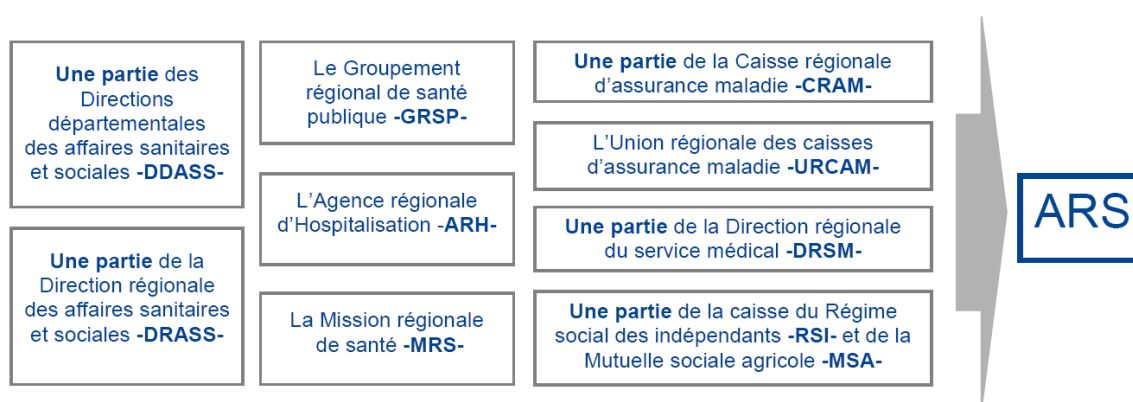
## 1. L'Agence Régionale de Santé Rhône Alpes

### 1.1 Les missions :

Ouverte début avril 2010, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Rhône-Alpes décline en région la politique nationale de santé, en coordination avec les partenaires et en tenant compte des spécificités de la région et de ses territoires.

Ses actions visent à améliorer la santé de la population, à rendre le système de santé plus efficace et à réduire les inégalités de santé.

Clefs de voute de la nouvelle organisation régionale de la santé, elles viennent remplacer tout ou partie des structures régionales ou départementales suivantes :



L'ARS a 2 missions :

#### - le pilotage de la politique de santé publique en région

L'ARS est chargée de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique – prévention, promotion et éducation à la santé, mais aussi veille et sécurité sanitaires – et plus spécifiquement :

- D'élaborer, financer et évaluer les actions de prévention et de promotion de la santé en lien avec l'ensemble des partenaires intervenant sur ce champ ;
- D'organiser la veille et la sécurité sanitaires, ainsi que l'observation de la santé ;
- De contribuer à l'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires.

#### - la régulation de l'offre de santé en région sur les secteurs ambulatoire, médico-social et hospitalier, pour mieux répondre aux besoins et garantir l'efficacité du système de santé

## 1.2 Le service prévention et promotion de la santé

Au sein de la direction de la santé publique, la direction déléguée pour la protection et la promotion de la santé est composée de 3 services :

- Prévention et promotion de la santé
- Environnement et santé
- Sécurité sanitaire des produits et des activités de soins.

Le service prévention et promotion de la santé a pour mission d'animer et financer le réseau des acteurs en promotion de la santé de la région.

Pour les années à venir il aura comme priorité de contribuer à l'élaboration puis à la mise en œuvre du schéma de prévention du projet régional de santé.

Promouvoir la santé nécessite de s'intéresser, bien au-delà des soins, à tous les déterminants qui contribuent à ce que la population qui vit dans la région Rhône-Alpes accède aux meilleures conditions de vie possibles dans le respect des choix de chacun.

Cela implique donc de travailler avec tous les acteurs, internes ou externes à l'ARS, pouvant influencer sur ces déterminants : la santé scolaire, la santé au travail, la politique de la ville, les collectivités territoriales, la PMI, le secteur associatif ...

Leur rôle auprès des publics est primordial, tant pour mettre en œuvre des actions, que pour faire remonter les problématiques de terrain.

## 1.3 Les délégations territoriales départementales (DTD)

L'ARS Rhône-Alpes comporte 8 délégations territoriales départementales.

Elles constituent le lien indispensable entre les promoteurs et le niveau régional de l'ARS car elles sont les interlocuteurs de l'ensemble des promoteurs de leur département.

## 2. Le Contexte d'élaboration du cahier des charges 2011 :

L'année 2011 est une année de transition entre le Plan Régional de Santé Publique 2006-2010 et le Projet Régional de Santé en cours d'élaboration qui définira les priorités pour 5 ans.

Ainsi, le cahier des charges tient compte :

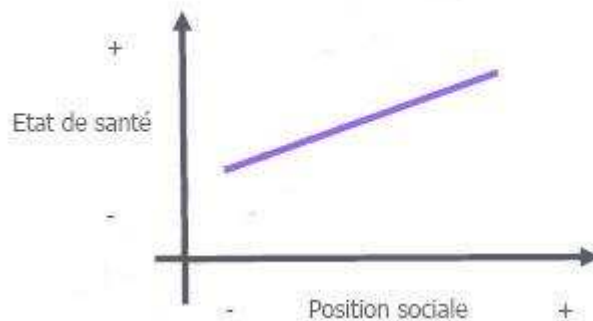
- de la priorité de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé inscrite dans la Loi « Hôpital Patients Santé Territoires » du 21 juillet 2009.
- des axes et des objectifs du Plan Régional de Santé Publique 2006-2010 qui restent tous d'actualité (Annexe 1).
- de l'état de lieux et des actions menés sur la région Rhône Alpes dans les différentes thématiques de prévention promotion de la santé.

**Pour 2011, chaque dossier présenté devra correspondre à un projet par thématique, chaque projet pouvant être composé de plusieurs actions.**

**Les inégalités sociales de santé (ISS) peuvent être définies comme des différences d'état de santé systématiques (non dues au hasard) entre groupes sociaux.** Elles traversent l'ensemble de la population, faisant parler de « gradient social de santé ». Elles vont bien au-delà du constat d'un état de santé dégradé pour les personnes les plus démunies.

La situation sanitaire française est marquée par un paradoxe : l'espérance de vie à la naissance est parmi les plus élevées en Europe mais les ISS sont également parmi les plus importantes.

Schématiquement, pour la plupart des indicateurs de santé et d'indicateurs de position sociale (revenu, niveau d'éducation, CSP...), on observe une relation de type linéaire : plus les indicateurs sociaux sont bons, plus les indicateurs de santé sont favorables.



**Ces inégalités commencent dès l'enfance** (la prévalence de l'obésité, de l'asthme, l'état dentaire, le recours aux soins spécialisés, le développement psychomoteur cognitif et langagier des enfants sont très stratifiés selon la position sociale de la famille). Elles expliquent pour partie la reproductibilité des ISS d'une génération à l'autre, puisque les difficultés accumulées dans l'enfance se traduisent par des trajectoires de vie rendant peu probables l'accès à des études supérieures, un emploi qualifié, des revenus conséquents etc.

**La compréhension des ISS nécessite de se référer à un modèle global des déterminants de la santé.**

En effet, l'âge, le sexe, les facteurs génétiques, comme les comportements individuels ne suffisent pas à expliquer les différences observées. Le poids des conditions de travail, de vie, la qualité des liens sociaux, l'éducation, ont un impact important sur la fréquence des comportements « à risque », sur l'accès à la prévention, au diagnostic et aux soins. Les parcours de vie difficiles, construits dès l'enfance, entraînent une accumulation de pertes de chance sur le plan de la santé.

## **POPULATIONS EN SITUATION DE PRÉCARITÉ**

**Sont concernés par ce cahier des charges les projets portant sur :**

- L'accès aux droits (ayant un effet sur la santé) et aux soins**
- Les actions de prévention multi thématique de santé auprès d'un public vulnérable.**

### 3. Constats et diagnostic

L'ARS et la DRJSCS<sup>1</sup> ont souhaité garantir le lien santé social pour les populations les plus démunies. Ce lien se concrétise par l'existence de groupes de travail communs entre les deux institutions.

#### 3.1 Référentiels

- « Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité » Haut Conseil de la santé publique – décembre 2009  
[http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp20091112\\_inegalites.pdf](http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcsp20091112_inegalites.pdf)
- Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice – plan d'actions stratégiques 2010 – 2014 ; Ministère de la santé ; Ministère de la justice  
[http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_actions\\_strategiques\\_detenus.pdf](http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf)
- « La santé des personnes sans chez soi » de novembre 2009. Rapport de V. Girard, P. Estecahandy, P. Chauvin remis au ministre de la santé  
[http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_sante\\_des\\_personnes\\_sans\\_chez\\_soi.pdf](http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sante_des_personnes_sans_chez_soi.pdf)
- « Les inégalités sociales de santé - Agences Régionales de Santé. » Collection INPES-août 2009- sous la direction de Bernard BASSET  
<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1251.pdf>
- Plan Régional de Santé Publique Rhône Alpes 2006-2010 - Axe 1 – objectif général 1 : orienter la politique de santé publique vers la réduction des inégalités en matière de santé ; favoriser l'accès aux soins et à la prévention des publics en difficultés

#### 3.2 Etat des lieux

Les publics cibles de cette thématique sont les suivants :

- les personnes sans domicile fixe ou hébergées
- les gens du voyage
- les migrants
- les détenus
- les travailleurs précaires et plus spécifiquement les saisonniers

##### 3.2.1 Les personnes sans domicile fixe ou hébergées

Quelques études nationales<sup>2</sup> permettent d'estimer l'état de santé de ce public :

- Bien que les données épidémiologiques soient parcellaires, l'espérance de vie de ces personnes est estimée à 45 ans, donc bien en dessous de la moyenne de la population générale.
- 16 % de cette population s'estiment en mauvaise santé, soit 5 fois plus que dans la population générale ;

---

<sup>1</sup> Direction régionale de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale

<sup>2</sup> Rapport « la santé des personnes sans chez soi » de novembre 2009 - V. Girard, P. Estecahandy, P. Chauvin  
Rapport de l'observatoire de l'accès aux soins 2009 de Médecins du Monde

- Les pathologies les plus souvent rencontrées sont : les maladies respiratoires, les problèmes psychiatriques, les affections digestives, les problèmes cutanés et ostéo-articulaires.
- Une pathologie spécifique est à signaler : la tuberculose qui est 20 fois plus importante pour cette population que pour la population générale française.
- Les trois quarts des personnes sans domicile fixe peuvent théoriquement bénéficier d'une couverture maladie, alors que 27 % seulement en disposent réellement.

Compte tenu de ce cumul de difficultés, le GRSP en 2010 a priorisé les actions en direction de ces personnes en grande précarité. En effet elles représentent 1/3 des financements dans le domaine « santé précarité ». Il faut noter que d'autres financements répertoriés sur d'autres thématiques (addictions, santé mentale...) concernent également des actions menées auprès de cette population.

Les actions financées correspondent essentiellement à des actions d'écoute et d'accueil, avec un accompagnement pour un meilleur accès aux soins, aux droits et à la prévention. Au-delà de l'accès aux soins et à la prévention, la finalité de ces actions est également tournée vers une meilleure insertion sociale.

### 3.2.2 Les gens du voyage

Le terme générique « gens du voyage » correspond à l'identification d'une communauté d'expérience, constituée depuis le XV<sup>ème</sup> siècle en France, et conséquence de déplacements itératifs en lien avec une histoire spécifique avant la venue de ces populations sur le territoire français et résultant des modalités d'accueil et d'acceptation ou de rejet de leur présence sur le territoire national.

La loi du 5 juillet 2000 (seule définition légale) les définit comme « des personnes dont l'habitat traditionnel est constitué de résidences mobiles » ;

Les gens du voyage sont des citoyens français<sup>3</sup>. On peut dénombrer environ 450 000 gens du voyage en France (Direction générale de la santé 2008)

Ils présentent des problèmes spécifiques liés à la précarité de leurs conditions d'existence :

- un habitat souvent précaire, non équipé, vétuste, dans des espaces de relégation insalubre (proximité de déchetterie, autoroute...),
- des maladies en lien avec les activités de subsistance (activité de ferrailage entraînant une plombémie élevée),
- un stress lié au risque d'expulsion de leur lieu de stationnement,
- un illettrisme,
- un isolement social et psychologique.

En plus des difficultés sociales et financières qu'ils rencontrent, ces conditions d'existence renforcent leur difficulté d'accès aux dispositifs de droit commun (accès aux droits, à la prévention et aux soins).

En 2010, peu d'actions globales en direction de ce public ont été financées par l'ARS Rhône Alpes alors que, selon l'INPES, l'espérance de vie des gens du voyage est globalement réduite de quinze ans par rapport à la moyenne de la population française<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> A noter que les « Roms » sont des étrangers ressortissant de l'Union européenne, pour la plupart de Roumanie et de Bulgarie et sont donc inclus dans les migrants et non dans les gens du voyage.

<sup>4</sup> la santé de l'homme n°390 juillet-août 2007

### 3.2.3 Les migrants

L'INSEE et le Haut comité à l'intégration définissent la population immigrée au sens large comme « les personnes nées à l'étranger de parents étrangers ».

*Pour les migrants en situation régulière*, la population immigrée en Rhône Alpes est composée de 540 000 personnes, soit 9 % de la population<sup>5</sup>. Il s'agit avant tout d'adultes, pour un tiers issus des 3 pays du Maghreb d'immigration traditionnelle (Algérie, Maroc, Tunisie) et presque un autre tiers de personnes venus de l'Europe du Sud.

Pour cette population, le PRIPI<sup>6</sup> nous apporte les données suivantes : Parmi les bénéficiaires d'un contrat d'accueil et d'intégration, on estime que 55 % ne maîtrisent pas le français écrit et 49 % le français oral, les femmes subissant plus que les hommes des difficultés avec la langue.<sup>7</sup>

Le nombre d'immigrés en situation régulière recensés, nés hors de l'Union Européenne et de la Suisse et vivant en Rhône Alpes, s'établit à 323 000 personnes en 2006, soit 60 % de la population immigrée régionale, et 5.3 % de la population rhônalpine comme en moyenne nationale. 55 % de ces personnes sont originaires des 3 pays du Maghreb et 12 % viennent de Turquie. Ces migrants hors UE sont soumis à un chômage élevé (23 %), à l'exception des migrants originaires des Etats-Unis et du Canada.

*Les demandeurs d'asile et réfugiés*, qui ne relèvent pas du PRIPI mais du présent cahier des charges, sont identifiés comme un public vulnérable sur le volet santé mentale du fait des violences particulières et traumatismes psychologiques, le plus souvent subis dans leur pays d'origine ou lors de leur parcours migratoire. (voir thématique Santé mentale)

*Les problématiques de santé des publics migrants en situation irrégulière* sont difficiles à définir clairement du fait du statut même de ces personnes. Il est tout de même possible d'estimer qu'ils présentent les mêmes problèmes de santé que les publics SDF, auxquels, s'ajoutent les problèmes liés à la méconnaissance de la langue française.

Pour tous ces publics migrants (primo-arrivants ou non), les études montrent que la barrière de la langue freine la communication nécessaire à l'élaboration d'un diagnostic, le suivi d'une prescription médicale, la bonne compréhension des informations délivrées par les pharmacies.

Par ailleurs, la dimension culturelle doit être prise en compte dans la démarche de promotion de la santé, d'accès à la prévention et aux soins et dans la démarche de suivi médical des personnes.<sup>8</sup>

*Les travailleurs migrants âgés* présentent une vulnérabilité particulière en matière de santé, du fait :

- de l'affaiblissement de leurs liens familiaux et sociaux ;
- de leur état de santé prématurément dégradé du fait des travaux effectués pendant leur vie professionnelle<sup>6</sup> ;
- d'incompréhensions interculturelles avec les acteurs de la prévention et du soin, notamment dans le rapport au corps.

5 recensement INSEE 2006

6 programme régional pour l'intégration des personnes immigrées sous l'égide du Préfet de Région

7 Extraits du document préparatoire au Programme Régional pour l'Intégration des Populations Immigrées 2010-2012 synthétisés par l'ARS

8 Constats posés par la Mission régionale d'information sur l'exclusion 2010.

### 3.2.4 Les détenus

La région Rhône-Alpes comporte 13 établissements pénitentiaires, dont 8 maisons d'arrêt, 3 centres pénitentiaires, un centre de détention et un établissement pénitentiaire pour mineurs. Au sein de ces établissements ce sont les équipes des UCSA (unités de consultation et de soins ambulatoires) qui proposent et organisent les actions en termes de promotion de la santé.

Le plan stratégique pour la santé des personnes placées sous main de justice 2010-2014 a identifié les priorités suivantes en matière de santé pour les détenus :

- la santé mentale et tout particulièrement la prévention du suicide
- la prévention des addictions
- la prévention des IST/hépatites et VIH

Par ailleurs pour les mineurs détenus :

L'enquête INSERM/PJJ de 2004 a permis d'avoir une représentation de l'état de santé des jeunes de 14 à 20 ans pris en charge par les services du secteur public de la PJJ<sup>9</sup>.

L'axe prioritaire du contrat-cadre conclu entre la PJJ et la DGS qui doit se décliner à l'échelon territorial est d'organiser des interventions sur l'éducation affective et sexuelle auprès des mineurs placés sous main de justice ainsi que des actions de prévention des risques liés aux pratiques sexuelles et aux grossesses non désirées (voir thématique VIH)

Ces actions doivent être coordonnées par le médecin de l'UCSA avec tous les acteurs concernés (éducateurs PJJ, personnels pénitentiaire, associations...)

### 3.2.5 Les travailleurs précaires

La notion de travail précaire recouvre une population très diverse : contrats à durée déterminée, temps partiel subi, travail en intérim etc..., répartie au sein des entreprises et donc difficile à cibler de manière spécifique pour des actions de santé publique.

Les études récentes de l'observatoire national du tourisme ainsi que l'étude PREMTES des médecins du travail montrent que l'état de santé mentale et physique des saisonniers est surtout à relier au statut précaire du travail et du logement.

La région Rhône-Alpes est la 2<sup>ème</sup> région touristique française soumise au rythme de la saisonnalité d'hiver (départements des 2 Savoie et de l'Isère) et la 4<sup>ème</sup> région pour l'emploi saisonnier agricole d'été en différents sites touristiques.

L'étude de l'ORS Rhône-Alpes sur les conditions de vie et de travail des saisonniers a démontré les effets de l'emploi saisonnier sur la santé des travailleurs eux-mêmes et de leurs enfants : surcharge physique (horaires contraignants, troubles du sommeil, troubles musculo-squelettiques), charge mentale liée au stress (pointes d'activités), précarité des conditions de vie (logement, travail, transport), isolement social, exposition aux produits psychotropes.

Ce cahier des charges concerne donc les projets en direction des travailleurs précaires, et particulièrement des saisonniers.

---

<sup>9</sup> Protection judiciaire de la jeunesse

### 3.3 La problématique en Rhône Alpes pour ces publics spécifiques

La problématique commune à ces différentes populations est la difficulté d'accès à la prévention et aux soins, y compris l'accès aux dispositifs spécifiques (Permanences d'accueil et de soins (PASS) au sein des établissements de santé, Lits halte Soins Santé (LHSS) ...).

S'y ajoute pour les personnes migrantes ou les gens du voyage, la difficulté d'accès aux droits.

Ces difficultés peuvent être liées au contexte social, financier, linguistique ou culturel.

De plus en région Rhône-Alpes, les inégalités sociales de santé sont renforcées par les inégalités territoriales en termes de répartition de l'offre liée à la dimension et la diversité de la région qui a pour conséquence l'éloignement de certaines populations des services de prévention et de soins.

## 4. Les objectifs du service prévention-promotion de la santé de l'ARS pour 2011

Ce cahier des charges ne ciblera pas de territoires prioritaires, l'entrée étant populationnelle.

### 4.1 Objectifs

- Favoriser l'accès aux droits pour les personnes sans domicile fixe, les migrants et les gens du voyage.
- Favoriser l'accès à la prévention et aux soins pour toutes les populations cibles de ce cahier des charges.

### 4.2 Modalités d'actions

#### 4.2.1 Pour les personnes sans domicile fixe, les migrants, les gens du voyage

Les projets présentés devront privilégier :

- Une démarche active en allant au devant des populations dans une approche globale de prévention et d'accompagnement vers l'accès aux droits et les structures de bilan de santé, de prévention, de dépistage et de soins, dans le respect de leur culture et dans une perspective d'autonomisation.
- L'inscription autant que possible dans la durée afin qu'un climat de confiance nécessaire à l'accompagnement puisse s'établir.
- Le partenariat sur le territoire avec les autres acteurs de la promotion de la santé : institutionnels, associatifs, sociaux... (DDCS<sup>10</sup>, Conseil Général, CAF, CPAM ; associations etc.....)
- La coordination avec les acteurs sociaux notamment sur la question du logement qui ne relève pas des compétences de l'ARS, doit être privilégiée.
- Le développement des actions de santé communautaire, portées par les pairs.

---

<sup>10</sup> Direction départementale de la cohésion sociale

#### **4.2.2 Pour les détenus**

Les priorités pour les personnes détenues doivent être proposées soit par les UCSA (sous la responsabilité administrative de l'établissement de santé), soit par une association en accord avec l'UCSA.

Les actions pour les détenus doivent viser à développer les compétences psychosociales.

Les projets doivent s'inscrire dans les priorités du plan national stratégique 2010-2014.

Pour le renforcement de la prévention du suicide, seront privilégiés, les projets de formation des professionnels sanitaires, pénitentiaires et éducatifs au repérage et à la crise suicidaire

Pour les actions sur les déterminants de la santé, seront privilégiés :

- les projets d'éducation à la vie affective et sexuelle et de prévention des risques liés aux pratiques sexuelles (IST/ VIH/grossesses non désirées), notamment pour les personnes mineures détenues
- les actions de Réduction des Risques infectieux liés aux pratiques de coiffure, tatouage et piercing

Parmi les 5 mesures de ce plan, 2 sont considérées comme des mesures phares :

1. Renforcer la prévention du suicide : poursuivre une politique de prévention du suicide concertée entre les différents intervenants (voir thématique santé mentale)

2. Agir sur les déterminants de la santé des personnes détenues : favoriser une dynamique pour le développement d'actions d'éducation et de promotion de la santé.

Parmi les 3 autres mesures, 2 relèvent des UCSA :

- Evaluer l'application des recommandations de la politique de réduction des risques infectieux en milieu carcéral (voir thématique VIH et voir thématique Addictions)
- Rendre les programmes de dépistage accessibles aux personnes détenues (relève des compétences des UCSA)
- Améliorer la santé bucco-dentaire des personnes détenues (relève des compétences des UCSA) (voir thématique Nutrition Santé bucco-dentaire)

#### **4.2.3 Pour les travailleurs précaires**

Les projets doivent prendre en compte les recommandations des 4 autres cahiers des charges.

#### 4.2.4 Pour tous les publics cibles de ce cahier des charges

Les projets devront privilégier :

- Le développement des stratégies « d'empowerment<sup>11</sup> » dans le domaine de la promotion de la santé et l'accès aux droits et aux soins de ces publics vulnérables.
- L'information et le renforcement des compétences sur les thèmes de santé définis à partir des préoccupations du public, ainsi que sur les ressources locales en matière de prévention et de soins ;
- La mutualisation des outils existants.

---

<sup>11</sup> Ce concept est basé sur l'affirmation et le renforcement des atouts des individus et des communautés, et non sur le pointage de leurs éventuelles carences ou faiblesses. Il vise à donner à ceux qui souffrent d'inégalités d'accès aux droits/prévention/soins les moyens d'agir sur les racines de ces inégalités. En effet, associer la population à la conception et la mise en œuvre d'une action de la santé accroît son efficacité selon l'OMS

## **NUTRITION - SANTE BUCCO-DENTAIRE**

## A. NUTRITION

### 3. Constats et diagnostic

#### 3.1 Référentiels

- Repères du Plan National Nutrition Santé (PNNS) déclinés pour chaque type de population et disponibles sur le site <http://www.mangerbouger.fr/pro/>

- Programme national pour l'alimentation - Ministère de l'alimentation, de l'agriculture et de la pêche - septembre 2010

<http://agriculture.gouv.fr/IMG/pdf/PNA-100929.pdf>

- Programme européen pour l'allaitement maternel

Disponible en version française auprès de l'ARS (Dr MJ Communal)

Disponible en version anglaise sur le site (version 2 de 2008):

<http://www.healthpromotionagency.org.uk/work/breastfeeding/pdfs/newblueprintprinter.pdf>

#### 3.2 Etat des lieux – Bilan synthétique des actions financées par l'ARS

La thématique nutrition comprend quatre sous-thématiques :

- équilibre nutritionnel et activité physique
- accès à une alimentation équilibrée pour les personnes en situation de précarité
- allaitement maternel
- dénutrition de la personne âgée

##### 3.2.1 Epidémiologie

- Les facteurs nutritionnels sont impliqués dans la genèse de plusieurs états pathologiques ou morbides qui sont des enjeux de santé publique : maladies cardiovasculaires, hypertension artérielle, diabète et cancers.

- La prévalence du **surpoids** et de l'**obésité** continue de croître chez l'adulte en France :

- la prévalence du surpoids est passée de 29,8 % en 1997 à 31,9 % en 2009
- la prévalence de l'obésité est passée de 8,5 % en 1977 à 14,5 % en 2009<sup>12</sup>.

Les indicateurs liés aux facteurs nutritionnels suivent un gradient social : la prévalence du diabète ou de l'obésité est au moins trois fois plus élevée chez les personnes avec le plus faible niveau socio-économique (sous l'angle des revenus ou sous l'angle du niveau de diplôme) que chez les personnes les plus dotées (en France en 2006). Cet écart est encore plus marqué pour les femmes que pour les hommes.<sup>13</sup>

<sup>12</sup> Étude épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité- OBEPI, INSERM / TNS HEALTHCARE(KANTARHEALTH) / ROCHE, 2009

<sup>13</sup> Basset B. (sous la direction de). Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé. Saint-Denis : INPES, coll. Varia, 2008 : 208 p.

Pour la région Rhône Alpes, la prévalence de l'obésité chez l'adulte est de 11,9 %, donc inférieure à la moyenne nationale (14,5 %) <sup>14</sup>.

D'autres sources <sup>15</sup> indiquent les taux comparatifs par département de la prévalence de l'obésité chez les adultes :

Ain	Drôme/Ardèche	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Haute-Savoie
16,1 %	12,0 %	13,6 %	13,5 %	13,8 %	12,8 %	11,1 %

- Chez l'enfant, au niveau national, il est noté une stabilisation de la prévalence du surpoids et de l'obésité depuis 2000 à un niveau plus faible que d'autres pays européens <sup>16</sup>.

Cette stabilisation s'est réalisée de façon inégale selon les milieux socio-économiques : la prévalence du surpoids chez les enfants de milieux défavorisés continuant d'augmenter (notamment ceux scolarisés en ZEP/REP <sup>17</sup>). Ainsi, en 2005, on dénombre dix fois plus d'obèses parmi les enfants d'ouvriers (6%) que parmi ceux de cadres (0,6 %), alors qu'il y en avait quatre fois plus en 2002. <sup>18</sup>

En Rhône-Alpes, en 2005-2006, à l'âge de six ans :

- la prévalence du surpoids était de 9,6 % (12,1 % pour la France entière)
- la prévalence de l'obésité était de 1,9 % (3,1 % pour la France entière).

- Les taux d'**allaitement maternel** sont élevés en sortie de maternité dans notre région (oscillants entre 65,6% et 78%), supérieurs au taux national (66,3 % en 2007) <sup>19</sup>. Mais, comme ailleurs en France, il est noté une chute importante dans les premières semaines post natales, alors même que des femmes ont conçu des projets d'allaitement qui peuvent être longs et que les projets de conciliation allaitement et reprise du travail sont en forte augmentation.

Les taux et durée d'allaitement sont moindres dans les milieux socio-économiques moins favorisés.

- Dans les maisons de retraite, la **dénutrition** est en moyenne de 27 % <sup>20</sup>.

Dans un établissement de court séjour pour enfants, adultes ou personnes âgées, la dénutrition s'élève respectivement à 20 %, 45 % et 60 %, suite à une enquête sur un jour donné <sup>21</sup>.

Une hospitalisation supérieure à une semaine est associée de façon significative à une perte de poids.

Les enquêtes de consommation alimentaire durant une hospitalisation révèlent que plus des trois quarts des patients ne consomment pas l'apport énergétique dont leur organisme a besoin, le retard en consommation protéique est encore plus important. Chez les résidents en maison de retraite, l'absence d'appétit multiplie par huit le risque de constater une dénutrition <sup>22</sup>.

14 Étude épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité- OBEPI, INSERM / TNS HEALTHCARE (KANTARHEALTH) / ROCHE, 2009

15 ORS –Indicateurs territoriaux pour la santé publique en Rhône Alpes – décembre 2008 – données CETAF

16 Etudes et résultats sept 2010 « santé des enfants en grande section maternelle » 2005/2006.

17 Cycle triennal d'enquêtes en milieu scolaire, Inca/Inca-2, étude USEN/DESCO CE1/CE2

18 Objectifs de Santé publique- Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004- propositions. Haut conseil de la Santé Publique, avril 2010

19 Certificat de santé du 8ème jour

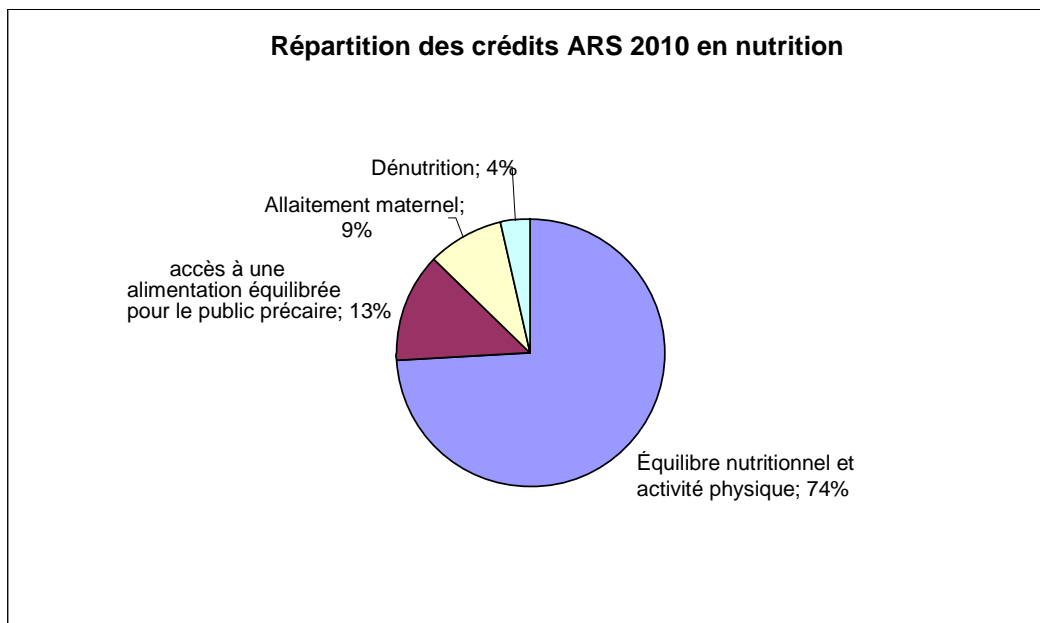
20 J.-C. Desport et al. Nutrition clinique et métabolisme, mai 2010

21 Enquête AP-HP, Énergie 4+, 2003

22 Dénutrition : une pathologie méconnue en situation d'abondance – Paris : Ministère de la santé et des sports ; SFNEP, septembre 2010.

Pour les personnes âgées vivant à domicile, l'étude européenne EURONUT-SENECA<sup>23</sup> fait état d'une prévalence de la dénutrition protéino-énergétique à hauteur de 3 % pour la classe d'âge 70-80 ans et 10 % après 80 ans. Le risque de dénutrition augmente si la personne souffre d'une pathologie aiguë, ou si elle vit seule à domicile : ces dernières ont des apports énergétiques insuffisants dans 43 % des cas, et peuvent présenter d'importantes déficiences en micro-nutriments (notamment vitamines C et folates).<sup>24</sup>

### 3.2.2 Actions financées par le budget promotion de la santé de l'ARS



Les ¾ des actions nutrition financées par l'ARS en 2010 vont vers la lutte contre l'obésité, le bon équilibre nutritionnel et l'activité physique.

Les actions en faveur de l'allaitement maternel représentent un dixième des financements avec 4 actions sur la région.

Les actions vers les publics précaires représentent 13 % des financements avec 12 actions sur la région.

Deux actions de prévention de la dénutrition de la personne âgée ont été financées.

Il est important de signaler que de nombreuses actions sur la thématique nutrition sont menées avec d'autres financeurs que l'ARS.

<sup>23</sup> De Groot C.P.G.M., Van Staveren W. A., Hautvast J.G.A.J. EURONUT/SENECA: Nutrition and the elderly in Europe, Eur. J. Clin. Nutr., 1991. 45. Suppl. 3, 1-185.

<sup>24</sup> Etude SOLINUT- Ferry M, Sidobre B, Lambertin A, Barberger-Gateau P. The SOLINUT Study : Analysis of the Interaction between Nutrition and Loneliness in Persons Aged over 70 Years. J Nutr Health Aging 2005 ; 9 (4) : 261-8.

### 3.3 La problématique en Rhône Alpes

- Les indicateurs de surpoids et d'obésité de la région Rhône Alpes sont parmi les meilleurs en France. Par contre, plus on descend dans l'échelle socioprofessionnelle, plus la prévalence du surpoids et de l'obésité augmente. L'amélioration de ces indicateurs passe par une diminution des inégalités sociales de santé.

- Les actions de sensibilisation grand public ne touchent pas ou peu les populations précaires. Au contraire, elles peuvent aggraver les inégalités sociales de santé par le fait que ce sont des populations déjà sensibilisées qui suivent les recommandations proposées.

- Les priorités du PNNS pour les années 2011-2015 ne sont pas encore connues ; néanmoins, des axes prioritaires d'action ont été définis lors du bilan du volet 2006-2010 :

- Conduire des actions en faveur des plus démunis
- Renforcer le volet de prise en charge des personnes obèses
- Développer des axes de promotion de l'activité physique et de lutte contre la sédentarité
- Renforcer le volet relatif à la dénutrition des personnes âgées, en établissement de soins, médico-sociaux et à domicile.

- L'état des lieux actualisé présenté dans le chapitre précédent, ainsi que les priorités préconisées ci-dessus pour la prochaine phase du PNNS incitent à une réorientation des projets par rapport aux actions passées.

- Concernant l'allaitement maternel, on constate pour les professionnels de santé un manque de formation quant à l'intérêt, la mise en route pratique et l'accompagnement des femmes dans leur projet d'allaitement.

## 4 Les objectifs de l'ARS en prévention – promotion de la santé

### 4.1 Objectifs

- Promouvoir l'équilibre nutritionnel et l'activité physique particulièrement dans les milieux défavorisés et en direction des plus jeunes.
- Favoriser l'accès à une alimentation équilibrée pour les personnes en situation de précarité.
- Développer des actions de sensibilisation et de prévention sur l'alimentation et l'hydratation des personnes âgées.
- Promouvoir l'allaitement maternel, prioritairement en direction des publics défavorisés

## 4.2 Modalités d'actions

Afin de contribuer à réduire les inégalités sociales de santé, les projets doivent prioritairement s'inscrire dans des dynamiques de santé communautaire, de proximité, en s'appuyant fortement sur les spécificités des territoires d'intervention et sur les acteurs de terrain en contact avec les populations en difficulté. Les actions peuvent s'adresser aux bénéficiaires de l'aide alimentaire ou des épiceries sociales, aux personnes migrantes, aux étudiants en situation de pauvreté, aux jeunes en insertion ... et à tous les acteurs en lien avec ces publics.

Les actions d'éducation à la santé doivent être conçues de façon spécifique à chaque problématique repérée et les informations dispensées doivent tenir compte de la culture, des demandes des personnes concernées et de leur environnement social. Ces actions doivent présenter un discours positif et non culpabilisant.

Aussi, il est préférable que ces actions s'inscrivent dans des projets plus globaux allant au-delà d'une recherche de modification des comportements mais intégrant également la levée des freins à ces changements de comportement.

Les actions s'adressant aux enfants doivent tout autant s'intégrer dans un projet global prévoyant des liens et des passerelles avec les parents et leur environnement (restauration scolaire, accueils de loisirs sans hébergement, professionnels de la petite enfance...) et intégrant les rythmes de vie (sommeil ...).

Les projets en nutrition peuvent se décliner en :

- actions directes auprès des publics (actions de sensibilisation, ateliers cuisine, jardins collectifs, etc.),
- actions de sensibilisation par les pairs, notamment pour l'allaitement maternel
- sensibilisation des professionnels aux recommandations du PNNS, au repérage des facteurs de risque et à l'orientation du public.
- actions destinées à influencer l'environnement du public pour lui permettre l'accès à une alimentation de meilleure qualité (développement de lien entre les banques alimentaires et les circuits courts de distribution, implication des communes pouvant aller jusqu'à une adhésion à la charte des villes actives du PNNS ...)

Concernant la promotion de l'allaitement maternel, le travail partenarial est indispensable, en lien avec le Centre Ressource Documentaire sur l'Allaitement Maternel (CERDAM) ou bien avec les associations qui sont des relais/annexes du CERDAM de Lyon. Le CERDAM a pour rôle de mettre à disposition des informations scientifiquement validées et/ou des informations locales destinées à une meilleure coordination régionale autour de cette thématique

Les projets doivent s'appuyer sur des outils existants et validés (sauf si l'action couvre un domaine ou s'adresse à un public nécessitant une adaptation d'outil).

Les projets concernant la nutrition peuvent intégrer un volet sur la santé bucco-dentaire.

## B. SANTE BUCCO-DENTAIRE

### 3 Constats et diagnostic

#### 3.1 Référentiels

- Stratégies de prévention de la carie dentaire - HAS - octobre 2010

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_991247/strategies-de-prevention-de-la-carie-dentaire](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_991247/strategies-de-prevention-de-la-carie-dentaire)

- « Les inégalités sociales de santé - Agences Régionales de Santé. » Collection INPES-août 2009- sous la direction de Bernard Basset.

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1251.pdf>

#### 3.2 Etat des lieux – Bilan synthétique des actions financées par l'ARS

##### 3.2.1 Niveau des besoins

Malgré une amélioration globale de la santé bucco-dentaire depuis 20 ans, les études épidémiologiques récentes montrent la persistance de très mauvais indicateurs de santé bucco-dentaire pour certaines populations et pour certains territoires :

- Les populations avec un niveau socio-économique faible. Comme pour d'autres domaines de la santé, le niveau de santé bucco-dentaire suit un gradient social.
- Les populations avec des difficultés d'accès aux soins dentaires et à la prévention : les personnes âgées dépendantes, les adultes et enfants porteurs d'un handicap, les détenus, les personnes sans domicile fixe, les migrants, les toxicomanes
- Les territoires ruraux, éloignés de l'offre de soins.

##### 3.2.2 Actions menées

- Sur les budgets prévention du GRSP, les financements des années précédentes ont été orientés vers différents publics :
  - Education à la santé bucco-dentaire des enfants de 6 ans en zones d'éducation prioritaire dans toute la région, par des séances collectives et individuelles.
  - Prévention, dépistage et prise en charge des soins dentaires chez les personnes très précaires.
  - Actions de prévention vers les enfants autistes.
  - Actions de sensibilisation pour la prise en charge des personnes âgées en établissement.
- A côté de ces financements, il est important de noter :

- Les actions de promotion du dispositif M'T dents par les Caisses primaires d'Assurance maladie. Ce dispositif s'adresse à tous les enfants de 6 à 18 ans.
- La Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM) a mené au cours des dernières années une expérimentation pour la prise en charge bucco-dentaire des personnes âgées dépendantes.
- Le financement du réseau SBDH (santé bucco-dentaire et handicap) qui intervient auprès des personnes présentant un handicap lourd et des personnes âgées dépendantes. Ce réseau travaille essentiellement dans les départements du Rhône, de l'Ardèche et du nord de l'Isère. Une extension de ce réseau vers d'autres départements est en réflexion.
- Certaines actions sont menées par l'Education nationale et les municipalités vers les enfants en milieu scolaire.

### 3.3 Problématique en Rhône Alpes

- Les populations précaires sont peu sensibles aux messages de prévention diffusés à grande échelle. Des actions de proximité (actions communautaires, par des pairs ...) sont nécessaires pour améliorer les bonnes pratiques d'hygiène buccale et alimentaire et pour améliorer leur recours aux dispositifs de droit commun (M'T dents, CMU complémentaire).
- Les personnes susceptibles de développer des problèmes bucco-dentaires sont atteintes dès le jeune âge. Les actions seront d'autant plus efficaces qu'elles s'adressent à des jeunes enfants ou aux femmes enceintes.
- Les conditions quasi-exclusives en libéral de l'exercice de l'art dentaire (conditions de plateau technique, conditions tarifaires) sont peu compatibles avec une prise en charge des personnes handicapées ou personnes âgées dépendantes.
- Les établissements d'hébergement des personnes âgées ou handicapées ne disposent ni de cabinet dentaire, ni de vacation de chirurgien-dentiste dans leurs locaux (ou très peu). Leur personnel est peu formé à l'hygiène bucco-dentaire des résidents et à la détection des problèmes bucco-dentaires.

## 4. Les objectifs du service prévention – promotion de la santé de l'ARS

### 4.1 La poursuite de l'existant

#### 4.1.1 Objectifs

- Prioriser les projets de prévention et d'accès aux soins bucco-dentaires vers les populations précaires ou exclues, telles que définies ci-dessus.
- Coordonner les actions menées avec celles entreprises par l'Assurance maladie, par l'Education nationale, les collectivités territoriales ...

#### 4.1.2 Modalités d'actions

Les actions menées vers les enfants scolarisés doivent s'adresser aux enfants de 6 ans maximum. Elles ne doivent pas seulement comprendre des séances collectives, mais aussi des approches individuelles. Il est absolument nécessaire d'impliquer les parents des enfants, les enseignants et le personnel scolaire à la démarche, afin de pérenniser les effets obtenus.

Les actions vers les publics en grande précarité (sans domicile fixe, immigrés en situation irrégulière...) doivent comprendre une dimension préventive et pas seulement curative. Elles doivent orienter les populations vers les dispositifs médico-administratifs existants pour leur prise en charge. Les financements ne doivent pas se substituer à ce qui peut être pris en charge dans le cadre du droit commun.

### 4.2 Les attentes nouvelles

#### 4.2.1 Objectifs

- Développer des projets de prévention bucco-dentaire vers la femme enceinte (sensibilisation pour la santé de la maman et du futur enfant). La période de la grossesse est un moment propice à la diffusion de messages de prévention et à l'explication des interactions entre les problèmes buccaux et la santé générale de l'individu.
- Sensibiliser les professionnels de la petite enfance à la prévention bucco-dentaire : personnels éducatifs (crèches), relais assistants maternels, professionnels médicaux (PMI)...

#### 4.2.2 Modalités d'actions

- Pour les actions vers la femme enceinte, les messages de prévention bucco-dentaire doivent s'intégrer aux autres messages de prévention délivrés habituellement. Ces actions de sensibilisation doivent présenter un discours positif et non culpabilisant.
- Les actions de sensibilisation vers la petite enfance doivent se faire par l'intermédiaire de formation des personnels de la petite enfance (crèches, relais assistants maternels ...).

### C. CRITERES D'ELIGIBILITE PROPRES AUX PROJETS NUTRITION ET SANTE BUCCO-DENTAIRE.

- Les territoires prioritaires pour la thématique nutrition/santé-buccodentaire sont ceux où se trouvent les personnes les plus en difficulté : quartiers identifiés par la politique de la ville (CUCS), réseaux de réussite scolaire éducation nationale (RRS), territoires ruraux isolés, autres territoires ayant fait l'objet d'un diagnostic local.
- Pas de financement à destination du milieu intra hospitalier, sauf s'il s'agit d'actions destinées à favoriser la mise en réseau des patients avec des acteurs extrahospitaliers.



## **SANTE MENTALE**

**Sont concernés par ce cahier des charges les projets portant sur :**

- le développement des capacités psycho-sociales et de bien être**
- la prévention du suicide et des conduites suicidaires.**

### 3. Constats et diagnostic

#### 3.1 Référentiels

- La loi de santé publique du 9 août 2004 fixe, pour la France entière, l'objectif suivant :
  - Objectif n° 92 : pour le suicide, réduire de 20 % le nombre de suicides en population générale d'ici 2008
  
- Le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 : dans le cadre de ce plan, a été retenu l'objectif de mieux reconnaître, mieux repérer et prendre en compte les signes de souffrances psychiques des enfants et des adolescents en ayant plus justement recours aux soins spécialisés.
  
- Au sein du Plan Régional de Santé Publique de Rhône-Alpes 2006-2010, les 3 objectifs généraux suivants concernent particulièrement la santé mentale :
  - \* axe 1 – objectif général 1 : orienter la politique de santé publique vers la réduction des inégalités en matière de santé ; favoriser l'accès aux soins et à la prévention des publics en difficultés
  
  - \* axe 2 – objectif général 2 : réduire les facteurs de risque majeurs de mortalité et de morbidité par la prévention primaire et développer le dépistage ; prévenir le suicide et les décompensations psychosociales en lien avec la souffrance psychologique
  
  - \* axe 3 – objectif général 1 : améliorer certaines prises en charge et la qualité de vie des personnes fragilisées ; améliorer la qualité de vie à domicile
  
- Indicateurs de santé mentale dans les départements de la Drôme et de l'Ardèche – ORS Rhône Alpes – décembre 2009.
  
- Le Pacte européen pour la santé mentale et le bien – être :  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/pact\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_fr.pdf).

#### 3.2 Etat des lieux

##### 3.2.1 Concernant les conduites suicidaires et le suicide

On compte chaque année en France, malgré des plans nationaux et régionaux de lutte contre le suicide, environ 13 000 décès par suicides, (plus particulièrement les hommes entre 20 et 45 ans, pour lesquels ils constituent la deuxième cause de mortalité évitable, et les personnes âgées).

Bien que la région Rhône-Alpes présente un taux de mortalité par suicide inférieur au taux national, les départements de l'Ardèche, la Drôme et la Loire sont au dessus du taux national.

Les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide (14.9 / 100 000 hab. - en 2006) augmentent en Rhône Alpes et présentent également d'importantes disparités territoriales (taux de 22 en Drôme- 7.5 en Isère)<sup>25</sup>.

Les taux de mortalité par suicide sur la période 2003-2005 indiquent que dans la région Rhône-Alpes, les hommes se suicident 2 à 3 fois plus que les femmes et que cette augmentation passe à 4 à 6 fois plus pour les hommes de plus de 75 ans.

En ce qui concerne les personnes âgées de plus de 65 ans, la Loire est toujours au dessus du taux national et l'Ain, l'Isère et la Drôme présentent des taux identiques au taux national.

Concernant l'accessibilité aux moyens de prévention, le département de l'Ardèche est un territoire plutôt rural et très déficitaire du fait d'un nombre de promoteurs très restreint pour les développer.

### **3.2.2 Concernant la santé mentale**

Les indicateurs de santé disponibles sont ceux relatifs aux taux comparatifs de patients sous traitement neuroleptiques antidépresseurs, psychotrope<sup>26</sup>.

En Rhône Alpes, le taux comparatif (bénéficiaires du régime général) de patients sous traitement neuroleptique est plus élevé en Ardèche (ZSP Privas) et dans la Loire (ZSP Saint Etienne).

En Rhône Alpes, le taux comparatif (bénéficiaires du régime général) des traitements antidépresseurs) est plus élevée dans la Loire et dans l'Isère.

En Rhône Alpes, le taux comparatif (bénéficiaires du régime général) de patients sous traitement psychotropes est largement plus élevé dans la Loire (ZSP Firminy, Saint-Etienne, Saint-Chamond, Montbrison, Roanne, Feurs) que dans le reste de la Région.

### **3.2.3 Actions financées par le budget promotion de la santé de l'ARS**

Les actions financées par l'ARS en 2010 sur la santé mentale ont ciblé les enfants scolarisés et les jeunes, les publics précaires (dont les détenus et les migrants), les personnes âgées et les aidants naturels.

Des permanences d'écoutes téléphoniques, anonymes et gratuites depuis un poste fixe, sont mises en place depuis plusieurs années et sont accessibles par la population de Rhône-Alpes qui souhaite une écoute psychologique, une orientation vers les dispositifs sociaux ou sanitaires.

Des lieux d'accueil physique des personnes en souffrance psychique assurent un accompagnement psychologique et un accès aux soins pour des publics en situation de précarité qui ne peuvent avoir accès au droit commun.

L'ARS a également participé au financement de projets visant à la prévention du suicide des personnes âgées et des publics spécifiques vulnérables (détenus, jeunes) notamment par le biais d'actions de valorisation des compétences psycho-sociales et de formation des professionnels intervenants auprès de ces publics.

<sup>25</sup> ORS Rhône Alpes – indicateurs territoriaux pour la santé publique en Rhône Alpes – PRSP-décembre 2008

<sup>26</sup> ORS Rhône Alpes – indicateurs territoriaux pour la santé publique en Rhône Alpes – PRSP-décembre 2008

### 3.3 La problématique

Les déterminants des troubles mentaux et des troubles du comportement sont en particulier liés à des facteurs socio-économiques, à des facteurs démographiques (sexe et âge) et à des pathologies somatiques.

Le bien être psychique est un concept à composantes multiples, dépendant de valeurs personnelles et de l'environnement de chaque personne ainsi que de ses capacités d'adaptation. L'ensemble des chercheurs s'accordent à souligner le rôle prépondérant des premières années de la vie ainsi que de la période de construction identitaire des êtres pour donner à chacun les compétences psycho-sociales nécessaires à ce bien être.

Les signes de souffrance psychique existent dès le plus jeune âge, et ne sont pas forcément générateurs de troubles psychiques. Cependant ils restent peu ou mal repérés ; ils peuvent être responsables de déficit d'apprentissage et impactent les facteurs de réussite éducative. Une personne sur quatre (enfant/adolescent/adulte) est confrontée à un trouble mental au moins une fois au cours de sa vie ; l'impact des troubles mentaux est considérable et on estime qu'une famille sur 4 est actuellement touchée.

Certaines populations ont des risques plus élevés :

- les jeunes (18-24 ans) vis-à-vis des troubles dépressifs
- les personnes en situation de précarité : telles que les chômeurs, les migrants, les personnes sans domicile individuel, les personnes handicapées, les demandeurs d'asile ou réfugiés politiques, les victimes de mauvais traitements, ont de plus fortes probabilités de connaître des problèmes de santé mentale.

Compte tenu des indicateurs et des actions financées et au regard de l'objectif global de l'ARS Rhône Alpes qui est de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé, les actions dans les départements de l'Ardèche et de la Loire sont considérés comme prioritaires pour la mise en place d'actions en santé mentale.

## 4. Les objectifs en prévention et promotion de la santé de l'ARS en 2011

### 4.1 La poursuite de l'existant en direction des publics ciblés

#### 4.1.1 Objectifs et publics prioritaires

Les projets en cours de réalisation tendent à :

1. Promouvoir l'épanouissement personnel et l'acquisition des compétences sociales tout au long de la vie avec une attention particulière aux âges charnières dont l'adolescence et l'entrée dans la vie professionnelle.
2. Prendre soin de la population des enfants et jeunes adolescents et jeunes adultes (fragilisés lors de leur entrée dans la vie sociale et professionnelle : collégiens, lycéens, étudiants, apprentis, jeunes en recherche d'insertion ou jeunes professionnels des foyers de jeunes travailleurs ou Missions locales).

3. Repérer et prendre en charge les signes de souffrance psychique en particulier pour les populations exposées à la précarité du fait de leur travail et/ou de déterminants sociaux
4. Prévenir les conduites suicidaires des personnes âgées.

En conclusion, les publics à cibler en priorité sont les publics vulnérables suivants :

- les jeunes en rupture d'insertion,
- les détenus, en particulier les mineurs détenus ou sous main de justice ;
- les personnes âgées qui ne vivent pas en établissement
- les aidants naturels

#### **4.1.2 Modalités d'actions**

1. Renforcement des actions de développement des compétences psychosociales des publics ciblés.
2. Amélioration du repérage et promotion de l'accompagnement des signes de souffrance psychique des enfants et adolescents (Education nationale, Protection Judiciaire de la Jeunesse, Points d'Information Jeunesse,...) en lien avec les intervenants dans ces différentes institutions.
3. Amélioration du repérage et promotion de l'accompagnement du mal-être des jeunes de 18 à 25 ans fragilisés et des personnes vulnérables.
4. Amélioration de l'accès aux soins et à la santé (médiation) des publics jeunes précarisés
5. Poursuite des formations au repérage de la crise suicidaire

## **4.2 Les attentes nouvelles**

### **4.2.1 Objectifs**

Mettre en place des actions nouvelles en santé mentale dans le département de l'Ardèche notamment en s'appuyant sur des acteurs de terrain expérimentés de la Loire (nord Ardèche appartenant au même territoire de santé) ou de la Drôme.

### **4.2.2 Modalités d'actions**

- Développement de la mise en réseau de professionnels intervenant dans le champ de la santé mentale, notamment en milieu rural.
- Communication, via les dispositifs territoriaux de proximité, sur les permanences d'écoute téléphonique départementales ou régionales déjà opérationnelles.
- Développement des actions de formation pour les professionnels de proximité des publics
- Utilisation des nouvelles technologies de communication, en particulier auprès du public jeune (téléphonie / communication par tchat) et adapté à la culture des publics ciblés (flyers par exemple).



## **PREVENTION DES ADDICTIONS**

### 3. Constats et diagnostic

#### 3.1 Référentiels

##### 3.1.1 Référentiels nationaux

###### **Loi de Santé Publique du 9 août 2004**

Objectif 1 : diminuer la consommation moyenne d'alcool par habitant de 20 %

Objectif 2 : réduire la prévalence de l'usage à risque ou nocif d'alcool et prévenir l'installation de la dépendance

Objectif 3 : abaisser la prévalence du tabagisme

Objectif 4 : réduire le tabagisme passif dans les établissements scolaires, les lieux de loisirs et l'environnement professionnel

###### **Loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2010**

###### **Plan National de prise en charge et de Prévention des addictions 2007-2011**

**Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011** (qui reprend les recommandations du plan National Addictions), partie 1 : Prévenir, communiquer, informer

##### 3.1.2 Référentiels régionaux

###### **Plan Régional de Santé Publique Rhône-Alpes 2006-2010 : axes et objectifs généraux relatifs à la thématique Addictions :**

Axe II : réduire les facteurs de risque majeurs de mortalité et de morbidité par la prévention primaire et développer le dépistage

Objectif général 1 : prévenir le cancer, les maladies cardiovasculaires et les troubles imputables aux mêmes facteurs de risque, en particulier obésité mais également diabète, pathologies liées à l'alcool, affections broncho-pulmonaires chroniques

Objectif général 3 : prévenir et réduire les conduites à risque chez le jeune

Axe III : améliorer certaines prises en charge et la qualité de vie des personnes fragilisées

Objectif général 2 : améliorer la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool

**Schéma Régional d'Addictologie Rhône-Alpes : volet médico-social et ambulatoire 2009-2013**

##### 3.1.3 Référentiels départementaux

Plans MILDT départementaux

##### 3.1.4 Etudes ou réalisations préalables

Indicateurs territoriaux de santé publique Rhône-Alpes (ORS - décembre 2008)

Baromètre santé 2009 (INPES - à paraître)

Enquête ESCAPAD 2008 (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies - OFDT)

Etat des lieux sur les consommations et la diffusion des produits psychoactifs en Rhône-Alpes (Centre d'Information Régional sur les Drogues et les Dépendances Rhône-Alpes – CIRDD – C. Hamant, septembre 2007)

Tableaux de bord de santé de l'Ain (ORS - fiches 14, 15 et 16) – 2006/2007

## 3.2 Etat des lieux – Bilan synthétique des actions financées par l'ARS

### 3.2.1 Epidémiologie

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies a repéré que certaines pratiques comme l'alcoolisation paroxystique ou *binge drinking*, le plus souvent en groupe et dans un contexte festif conduisent les jeunes à adopter des conduites dangereuses pour eux et pour les autres.

La région Rhône-Alpes se situe dans une situation favorable par rapport à la France pour les indicateurs de consommation chronique d'alcool, dans une situation défavorable pour les ivresses répétées chez les jeunes.

En Rhône-Alpes, la consommation de tabac est légèrement inférieure à la moyenne nationale. Cependant, la baisse de la consommation quotidienne de tabac est beaucoup moins significative chez les 15-25 ans (- 2,1 %) que chez les 12-75 ans (- 8 %).

L'extraction régionale de l'enquête ESCAPAD 2008 fait apparaître les territoires de l'Ardèche, mais aussi de l'Isère et de la Drôme comme ayant des indicateurs relatifs aux consommations de produits psychoactifs chez les jeunes de 17 ans supérieurs à la moyenne nationale.

Or, le département de l'Ardèche est un territoire plutôt rural et très déficitaire au niveau de la prévention du fait d'un nombre de promoteurs très restreint.

### 3.2.2 Actions financées par l'ARS en 2010

Ces données sont indicatives et doivent être considérées en prenant en compte le fait que seules sont identifiées dans la thématique « addictions » les actions portant sur cette unique thématique. Les actions multithématiques ont pu être classées dans une rubrique thématique ou populationnelle différente (santé précarité en particulier).

Les actions financées en 2010 par l'ARS relevant de la thématique « addictions » ont touché différentes catégories de public :

Actions ciblant les publics*		Actions ciblant les intervenants auprès des publics*	
Jeunes	26%	Aidants / bénévoles	12%
Personnes en situation de précarité	7%	Professionnels de santé	12%
Parents	6%	Professionnels du secteur social	8%
Usagers de drogues, détenus	3%	Professionnels de l'enseignement	7%
Grand public	3%		
Milieu du travail	2%		
Femmes enceintes	1%		
Autres types de public	12%		

\* parts d'actions rapportées au nombre total d'actions rattachées à la thématique « addictions »

Des actions de prévention des addictions au sein des établissements scolaires de l'éducation nationale sont financées dans tous les départements.

Les actions en direction des publics et portant uniquement sur la thématique « addictions » ont donc concerné majoritairement les jeunes.

### 3.3 La problématique en Rhône Alpes

Compte-tenu des indicateurs et des actions financées, et au regard de l'objectif global de l'ARS Rhône-Alpes de réduire les inégalités sociales de santé, les actions auprès des jeunes sont indispensables. Cependant les données épidémiologiques ci-dessus mettent en évidence la nécessité de veiller à une répartition des actions en faveur des jeunes les plus fragiles et des populations les plus exposées aux addictions du fait de leur environnement social.

Les femmes enceintes, du fait de la période spécifique que représente la grossesse dans la vie d'une femme, constituent une population particulière au sein de ces populations vulnérables.

## 4. Les objectifs de l'ARS en prévention et promotion de la santé pour 2011

### 4.1 Objectifs

Dans l'attente de la publication du PRS fin 2011, les orientations de l'ARS Rhône-Alpes concernant les addictions s'inscrivent dans la poursuite des objectifs du PRSP. Les publics et les territoires prioritaires qui ont été définis dans ce cadre sont cependant recentrés au regard de l'objectif général de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Ainsi, les publics les plus fragiles devront être ciblés prioritairement et une attention particulière sera portée sur les actions couvrant les zones isolées (zones les plus éloignées des grandes agglomérations, zones de montagne).

Les actions pourront concerner l'ensemble des substances psychoactives (alcool, tabac, médicaments psychotropes, substances illicites).

#### **4.1.1 Priorité 1 : Prévenir et réduire les conduites à risques chez le jeune**

##### **Objectifs :**

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

- prévenir l'usage du tabac et inciter au sevrage,
- prévenir la consommation excessive d'alcool, la consommation de substances psychoactives et sensibiliser aux risques de ces consommations
- prévenir les conduites d'alcoolisation massive des jeunes publics et modifier leurs représentations par rapport à l'alcool
- sensibiliser les professionnels de santé au repérage et à l'orientation de leurs patients.

##### **Publics prioritaires :**

Les actions auprès des jeunes doivent être recentrées auprès des plus vulnérables : jeunes hors milieu scolaire et jeunes adultes en insertion ou désocialisés.

##### **Territoires prioritaires :**

Pour cet objectif général, les territoires prioritaires sont ceux où les comportements en matière de consommation de substances psychoactives sont les plus importants de la région (sources : base de données ILIAD et enquête ESCAPAD de l'OFDT). Il s'agit des départements de l'Ardèche, de l'Isère, du Rhône et de la Haute-Savoie.

#### **4.1.2 Priorité 2 : Prévenir le cancer, les maladies cardiovasculaires et les troubles imputables aux pathologies liées à l'alcool et les affections broncho-pulmonaires chroniques**

##### **Objectifs :**

Les promoteurs pourront développer des actions de promotion de la santé ayant pour but de :

- prévenir l'usage du tabac et inciter au sevrage,
- prévenir la consommation excessive d'alcool, la consommation de substances psychoactives et sensibiliser aux risques de ces consommations
- sensibiliser les professionnels de santé au repérage et à l'orientation de leurs patients.

##### **Publics prioritaires :**

Les publics les plus vulnérables : femmes enceintes, personnes en situation de précarité, travailleurs précaires, détenus.

##### **Territoires prioritaires :**

Les territoires prioritaires pour l'application de cet objectif général sont ceux qui sont les plus mal classés de la région en matière d'incidence de l'HTA (Hypertension artérielle), d'obésité, de diabète et de mortalité par ces causes. Il s'agit de Pont de Beauvoisin, Saint-Chamond, Firminy, Givors, La Mure, Ambérieu, Belley, Voiron.

#### **4.1.3 Priorité 3 : Améliorer la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool**

##### **Objectifs :**

Apporter une aide et un soutien aux personnes en difficulté avec l'alcool  
Améliorer le repérage précoce et l'intervention brève par les professionnels de santé  
Améliorer l'accès des patients aux dispositifs de soins spécialisés

##### **Territoires prioritaires :**

Ce sont les territoires où les indices comparatifs de mortalité liés à l'alcool et/ou les consommations d'alcool sont les plus élevés de la région : Il s'agit des départements de la Loire, de la Savoie et de la Haute-Savoie.

#### **4.2 Modalités d'actions**

Les promoteurs devront s'assurer de la coordination et de la complémentarité des actions sur un même territoire et/ou un même public.

Les actions concernant les publics les plus vulnérables doivent être élaborées en prenant en compte les éléments du cahier des charges « santé précarité ».

### **Jeunes :**

Public scolaire : les projets devront faire l'objet d'une charte d'intervention ou s'inscrire dans le cadre d'un projet pédagogique partagé au niveau de la communauté éducative ou validé par le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC).

Jeunes en parcours d'insertion ou hors parcours scolaire (ex : missions locales, foyers de jeunes travailleurs, MJC) : les actions menées au sein des structures devront être co-construites avec la structure dans un projet global de santé (il est rappelé que les missions locales ne peuvent déposer de demandes directement).

### **Publics vulnérables :**

Femmes enceintes : des actions d'information sur les risques alcool et grossesse pourront être développées.

Détenus : Au sein des établissements pénitentiaires, les UCSA (unités de consultation et de soins ambulatoires) proposent et organisent des actions en termes de promotion de la santé, en lien avec l'administration pénitentiaire. Les actions pour ces publics doivent donc être construites en amont en lien avec les UCSA concernées et s'inscrire dans le projet de service de l'UCSA.

### **Personnes en difficulté avec l'alcool :**

Concernant les associations d'entraide, seules seront financées les actions d'accompagnement et/ou de formation. Les promoteurs devront justifier que les bénévoles ont reçu une formation en lien avec l'évaluation de leurs pratiques d'intervention.

## **PREVENTION DU VIH-SIDA, DES IST ET DES HEPATITES**

### 3. Constats et diagnostic

#### 3.1 Référentiels

##### 3.1.1 Référentiels nationaux

- Plan national de lutte contre le VIH / SIDA et les IST 2010-2014
- Plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012
- Plan d'actions stratégiques 2010-2014 : politique de santé pour les personnes placées sous main de justice
- Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011)
- Rapport YENI 2010 sur la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH (juillet 2010)
- Rapport sur la politique de lutte contre le VIH / SIDA de la Cour des Comptes (février 2010)
- Mission RDRS « Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST » - LERT-PIALOUX – 25 Novembre 2009
- Rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur les modalités de réalisation du dépistage de l'infection par le VIH (2008) et sur les stratégies de dépistage (2009)
- Enquête PREVAGAY (2009).

##### 3.1.2 Référentiels régionaux

- Indicateurs territoriaux pour la santé publique en Rhône-Alpes – ORS – Décembre 2008 ;
- Recensement des données sanitaires sur les hépatites virales dans la région Rhône-Alpes - 2008 ;
- Recensement de l'activité VIH 2009 dans la région Rhône-Alpes – Novembre 2010 ;
- Audit-évaluation des actions de santé : lutte contre la tuberculose, les IST et la vaccination – CAREPS – Mars 2010 ;
- COREVIH Arc Alpin – commission « prévention - dépistage » - recommandations 2010 - 15 Octobre 2010.

#### 3.2 Etat des lieux

## 3.2.1 Données épidémiologiques

### 3.2.1.1 VIH / SIDA

#### Données nationales

#### Taux d'incidence par groupe de population en 2008 (INVS 2009) :

Mode de transmission	Sous-population (18-69 ans)	Nombre de nouvelles contaminations	Effectif estimé de la population	Taux d'incidence pour 100 000
Hétérosexuel	Femmes françaises	810	18 363 590	4
	Hommes français	1 140	18 848 440	6
	Femmes étrangères	940	1 739 760	54
	Hommes étrangers	660	1 884 740	35
Homosexuel		3 320	329 950	1 006
Usage de drogue		70	81 000	91
<b>TOTAL</b>		<b>6 940</b>	<b>41 247 480</b>	<b>17</b>

Rapporté à l'effectif de la population (18-69 ans), le taux d'incidence annuel global est estimé à 17 cas pour 100 000 personnes. Les Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH) représentent la population la plus touchée avec un taux d'incidence annuel estimé à 1006 cas pour 100 000. Le taux d'incidence le plus faible est observé au sein de la population hétérosexuelle française, avec 5 cas par an pour 100 000. En comparaison, le taux d'incidence de l'infection par le VIH est 200 fois supérieur chez les HSH, 18 fois supérieur chez les usagers de drogues et 9 fois supérieur chez les personnes hétérosexuelles de nationalité étrangère.

#### Nombre de nouvelles contaminations par le VIH, par groupe de population (INVS 2009) :

Au total, sur la période d'étude 2003-2008, l'incidence globale de l'infection par le VIH baisse (8 930 contaminations estimées en 2003 à 6 940 en 2008, soit – 22 %), notamment les contaminations par rapports hétérosexuels. En revanche, l'incidence ne diminue pas parmi les HSH et les usagers de drogues par voie intraveineuse.

#### Données régionales :

#### Découverte de séropositivité VIH en Rhône-Alpes en 2007, 2008 et 2009 (pour 100 000 habitants) – Numérateur déclaration obligatoire de l'INVS / dénominateur population INSEE :

2007	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Haute-Savoie	Région
Nombre	15	4	9	42	31	168	5	34	308
Taux	2,6	1,3	1,9	3,6	4,2	10,0	1,2	4,8	5,1

2008	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Haute-Savoie	Région
Nombre	13	7	14	43	9	143	6	19	254
Taux	2,2	2,2	2,9	3,6	1,2	8,5	1,5	2,7	4,2

2009	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Haute-Savoie	Région
Nombre	10	1	4	35	4	118	11	21	204
Taux	1,7	0,3	0,8	2,9	0,5	7	2,7	2,9	3,3

Cette série chronologique montre une tendance sur l'évolution du nombre et des taux de séropositivité VIH, mais les données 2008 et 2009 n'ont pas été corrigées et redressées. On

remarque que dans le département du Rhône, le taux est à chaque fois deux fois supérieur à celui de la région. Les départements de la Haute-Savoie et de l'Isère présentent, après le Rhône, les taux les plus élevés de la région.

**Cas de SIDA en Rhône-Alpes en 2007, 2008 et 2009 (pour 100 000 habitants) – Numérateur déclaration obligatoire de l'INVS / dénominateur population INSEE :**

<b>2007</b>	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Haute-Savoie	Région
Nombre	6	2	2	19	13	32	3	13	89
Taux	1,0	0,6	0,4	1,6	1,8	1,9	0,5	1,8	1,5

<b>2008</b>	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Haute-Savoie	Région
Nombre	5	3	3	8	10	41	2	7	79
Taux	0,9	1,0	0,6	0,7	1,3	2,4	0,5	1,0	1,3

<b>2009</b>	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Haute-Savoie	Région
Nombre	2	0	1	9	7	27	2	4	52
Taux	0,3	0,0	0,2	0,8	0,9	1,6	0,5	0,6	0,9

Les données de 2008 et 2009 n'ont pas été corrigées et redressées. Cependant, on note que globalement quatre départements présentent des taux importants : le Rhône, l'Isère, la Loire et la Haute-Savoie.

### 3.2.1.2 Hépatites

#### Données nationales

Les infections par les virus des hépatites B et C concernent plus de 500 000 personnes adultes (18-80 ans) en France métropolitaine : autour de 280 000 personnes pour l'hépatite B et 221 000 pour l'hépatite C en 2004.

La France est un pays de faible endémicité vis-à-vis de l'infection par le VHB avec une prévalence estimée à 0,65 %, une incidence annuelle de 4,1 / 100 000 habitants et un taux de mortalité imputable estimé à 2,2 / 100 000 habitants. C'est parmi les personnes nées dans un pays de forte endémie pour le VHB que la prévalence du VHB est la plus élevée (4 %). Pour le VHC la prévalence est estimée à 0,53 % alors que le taux de mortalité est de 4,5 / 100 000 habitants.

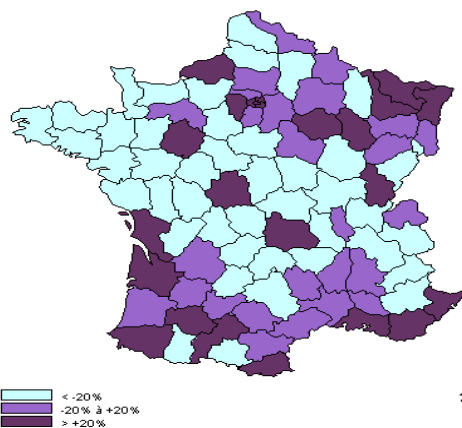
#### Données régionales :

#### **Taux comparatif de personnes hospitalisées pour hépatite C aiguë en 2006 (pour 100 000 habitants) :**

<b>2006</b>	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Haute-Savoie	Région
Taux annuel	3,5	3,5	3,5	3,7	3,1	3,7	5,3	3,3	3,6

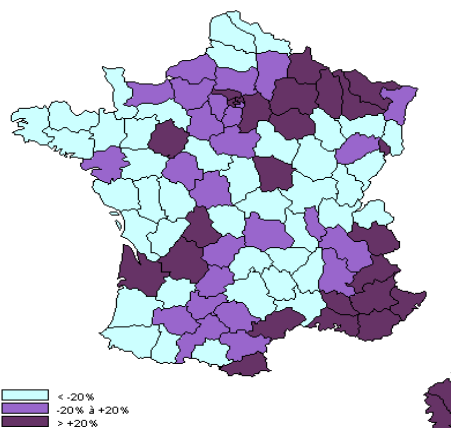
#### **Taux de décès standardisés par âges pour hépatites virales:**

Disparités départementales des taux de décès standardisés par âges  
 Tous âges - Masculin - Période : 2003-2005  
 Hépatites virales



Taux France métropolitaine : 1.4  
 Variation des taux départementaux par rapport au taux national  
 Source : CépidC - INSERM

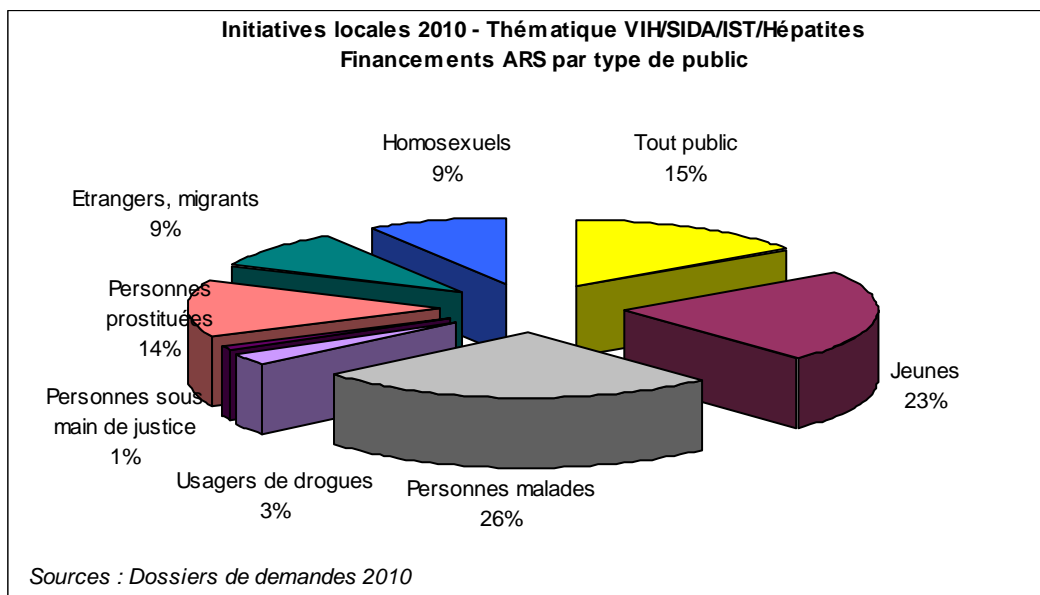
Disparités départementales des taux de décès standardisés par âges  
 Tous âges - Féminin - Période : 2003-2005  
 Hépatites virales



Taux France métropolitaine : 0.9  
 Variation des taux départementaux par rapport au taux national  
 Source : CépidC - INSERM

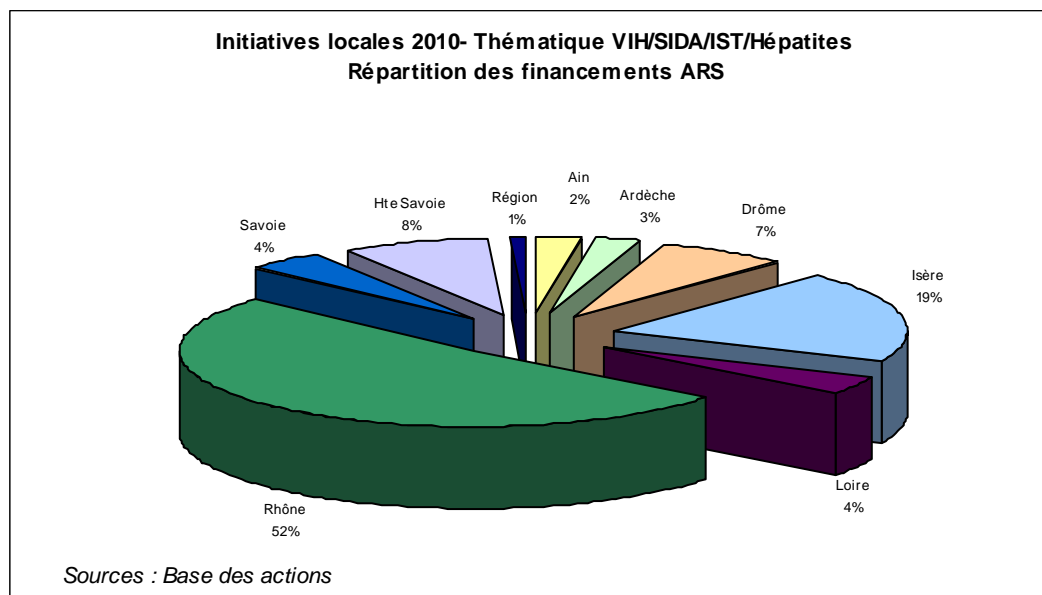
### 3.2.2 Données financières régionales

Les financements accordés en 2010 par l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes par type de public :



Les crédits de prévention 2010 (1 129 650 Euros) ont été affectés pour 64 % en direction des jeunes, des personnes malades et du « tout public ». Viennent ensuite les publics prostitués (14 %), étrangers / migrants (9 %), homosexuels (9 %), usagers de drogue (3 %) et détenus (1%). Cette répartition par public est toutefois à considérer avec prudence, chaque action en direction d'un public cible « principal » pouvant impacter d'autres catégories de public.

## La répartition départementale des subventions allouées en 2010 par l'ARS :



Le département du Rhône perçoit la moitié des crédits VIH / SIDA / Hépatites de la région Rhône-Alpes. Viennent ensuite les départements de l'Isère, de la Haute-Savoie, de la Drôme. Le département de la Loire, malgré sa situation épidémiologique et son poids populationnel ne reçoit que 4 % des crédits.

Cependant, cette analyse est à nuancer en fonction des cofinancements qui varient d'un département à l'autre : financement ou non de Sidaction pour certaines structures, implication variable des collectivités locales. Par ailleurs, certaines actions qui ne concernent que pour partie la thématique VIH / SIDA / IST / Hépatites sont rattachées à d'autres thématiques, notamment santé / précarité ou addictions.

Dans le cadre d'un recensement plus exhaustif, il est à noter par ailleurs que l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes a financé en 2010 :

**Le dispositif d'aide à domicile auprès des personnes atteintes du VIH/SIDA** à hauteur de 252 630 Euros. Ce dispositif fait actuellement l'objet d'une évaluation par le Ministère de la Santé qui déterminera sa poursuite (ou non) pour 2011 ;

**Les structures habilitées par l'Etat (CIDDIST)** dans le cadre de la lutte contre les IST pour 1 394 456 Euros ;

**Le financement du pôle ressources régional (CRIPS)** pour 81 475 Euros ;

109 places d'**Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)** pour 3 213 855 Euros via des crédits de l'assurance maladie.

### 3.3 Les problématiques prégnantes en France et en région Rhône-Alpes sur la thématique VIH / SIDA / IST / Hépatites

#### 3.3.1 Au niveau national

Caractère concentré de l'épidémie VIH / SIDA, avec certains groupes de population plus exposés au risque et qui connaissent une prévalence et des taux d'incidence de l'infection élevés: Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH), migrants d'origine subsaharienne, usagers de drogue ;

Augmentation constante de la prévalence du VIH dans la population du fait du maintien important du niveau de transmission de l'infection et de l'allongement de l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH induit par des traitements efficaces ;

Proportion importante de personnes infectées non dépistées, estimées à 50000 (rapport YENI);

Retard au diagnostic et à la prise en charge médicale ;

Pour les personnes se prostituant, le déplacement de celles-ci vers les périphéries et le développement de nouveaux modes de prostitution (internet notamment) rendent difficile la prévention;

Mauvais niveau de connaissance des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ;  
résurgences des IST : on constate depuis quelques années une augmentation du nombre des personnes atteintes, toutes IST confondues. On observe ainsi une hausse des gonococcies de 52 % entre 2008 et 2009 qui concernent les deux sexes. L'actualité de l'épidémie de syphilis est toujours forte, affectant les homos-bisexuels masculins même si le nombre de cas chez les hétérosexuels augmente également ;

Malgré leur fréquence au sein de la population, méconnaissance des hépatites tant en ce qui concerne les modalités de leur transmission que leur prévention et traitement ;

Infections par le virus des hépatites B et C trois fois plus fréquentes chez les personnes en situation de précarité ;

Transmission du VHC non encore maîtrisée chez les usagers de drogue ;

Proportion des personnes dépistées pour les hépatites insuffisante pour permettre une prise en charge précoce et la réduction des complications et mortalité.

Retard sur la couverture vaccinale en ce qui concerne l'hépatite B qui reste un vaccin controversé malgré les études successives disculpant ce dernier d'avoir contribué au développement de scléroses en plaques.

#### 3.3.2 Au niveau régional

La région Rhône-Alpes se place en 3<sup>ème</sup> position pour les découvertes de séropositivité après l'Île-de-France et la Guyane Française, devant la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ;  
Les populations migrantes venues d'Afrique Subsaharienne et les Hommes ayant des relations Sexuelles avec les Hommes (HSH) représentent à eux seuls plus de la moitié des nouvelles contaminations au VIH ;

Au regard de l'épidémiologie et des financements accordés en 2010 dans le cadre des initiatives locales de prévention, les actions en direction de ces deux publics sont relativement insuffisantes ;

Le département du Rhône concentre plus de la moitié des cas de SIDA et présente les plus mauvais indicateurs au niveau du VIH / SIDA.

## 4. Les objectifs de l'ARS pour 2011

Le cahier des charges 2011 consacré à la thématique VIH / SIDA / IST / Hépatites en Rhône-Alpes s'appuie sur les recommandations émises dans le plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014, dans le plan national de lutte contre les hépatites B et C 2009-2012 et dans le plan d'actions stratégiques 2010-2014 « politique de santé pour les personnes placées sous main de justice ».

**Les objectifs 2011 sont basés sur une approche territoriale et populationnelle au regard des observations et analyses développées dans l'état des lieux.**

### 4.1 Les territoires prioritaires en Rhône-Alpes

**La prévention du VIH / SIDA / IST / Hépatites doit participer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.** Les actions doivent être rendues accessibles, notamment aux populations les plus éloignées, réfractaires à la prévention, et celles qui sont en situation de vulnérabilité.

Au regard des données épidémiologiques disponibles en région Rhône-Alpes et présentées dans l'état des lieux, il ressort que **quatre départements sont prioritaires** :

- Le Rhône,
- L'Isère,
- La Haute-Savoie,
- La Loire.

Par ailleurs, les territoires d'intervention des actions qui seront soutenues par l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes devront être ceux où vivent les publics priorités en 4.2, ainsi que les structures ou établissements que ces populations fréquentent.

Enfin, dans les actions et modalités d'intervention présentées en 4.2 et 4.3 sont également identifiés des lieux précis où doivent être menées les actions de proximité auprès des publics visés.

### 4.2 Les publics prioritaires en Rhône-Alpes

L'élaboration de ce cahier des charges est basée sur une approche populationnelle tenant compte des caractéristiques épidémiologiques du VIH, des IST et des hépatites. La concentration de l'épidémie sur certains groupes de population appelle à un ciblage des actions de prévention en leur direction. Il est nécessaire de renforcer les actions en direction des publics les plus exposés et les plus vulnérables par rapport au risque de transmission du VIH, des IST et des hépatites. Pour 2011, les actions soutenues par l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes seront prioritairement en direction des publics visés ci-après.

#### 4.2.1 Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)

## **Contexte**

Pour le VIH / SIDA, la population des HSH est la population la plus touchée avec un taux d'incidence estimé à 1 006 contaminations par an pour 100 000 HSH (soit un taux d'incidence de 1 % par an). Par rapport à la population hétérosexuelle, le taux d'incidence est 200 fois supérieur dans la population des HSH.

Les homo-bisexuels masculins représentent chaque année plus de 80 % des cas de syphilis dans le réseau RésIST (10 % de bisexuels masculins et plus de 70 % de HSH) ; leur âge médian est de 36 ans (9 % ont moins de 25 ans), et plus de la moitié sont séropositifs pour le VIH.

A la lumière de ces éléments, il est nécessaire de prévoir des stratégies et des actions spécifiques en direction des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH). **Il s'agit de prendre en compte l'urgence sanitaire que constitue la diffusion de l'épidémie au sein de cette population et par conséquent de renforcer les actions en Rhône-Alpes.**

## **Actions et modalités d'intervention**

**Enjeu :** Développer une prévention combinée alliant à l'usage du préservatif qui reste la norme, le dépistage répété, le traitement précoce par antirétroviraux et les autres méthodes validées de réduction des risques sexuels.

*1 – Renforcer la prévention auprès des HSH ainsi que leurs capacités préventives pour réduire la transmission des IST / VIH / Hépatites*

- Renforcer les actions de proximité d'information et de prévention dans les établissements de consommation sexuelle avec un espace dédié (backroom, parcours sexuel, cabines privées), les saunas, les bars, les discothèques, les sex-shops, les lieux de drague extérieurs... ;
- Adapter et diversifier les outils d'information et de prévention (gels, préservatifs et digues dentaires) ainsi que les canaux de diffusion en fonction des lieux de rencontres identitaires ou mixtes, notamment par exemple les lieux gay friendly ou les établissements échangistes, les milieux libertins ;
- Développer les interventions de prévention par le biais des sites internet de rencontre;
- Intégrer la prévention du VIH/IST dans une approche et une communication globale de la santé sexuelle en améliorant les connaissances et les compétences des personnes (y compris les personnes séropositives) ;
- Agir pour une meilleure acceptation des orientations sexuelles ;
- Réduire les discriminations et leurs conséquences (mal-être, suicide...),
- Accompagner les jeunes HSH en souffrance et en rupture sociale.

## 2 – Adapter, élargir et améliorer l'offre de dépistage des IST / VIH / Hépatites en direction des HSH

- Communiquer auprès du public gay sur l'intérêt collectif et individuel d'un dépistage répété (VIH et IST) et de consulter lors des accidents de prévention en vue d'un traitement post-exposition (TPE) ;
- Développer les offres alternatives de dépistage notamment par des actions « hors les murs » ;

*Concernant les tests rapides visés par l'arrêté du 9 novembre 2010, ils seront un outil favorisant le dépistage par des pairs préalablement formés. Les modalités de mise en œuvre seront communiquées ultérieurement et travaillées avec les associations. Cette remarque vaut également pour le public migrants / étrangers.*

### 4.2.2 Le public étrangers / migrants

#### Contexte

Trois régions métropolitaines regroupent 60 % des étrangers / migrants avec une estimation de 4 étrangers / migrants sur 10 résidant en Ile-de-France, **11 % en Rhône-Alpes** et 9 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

**Les données épidémiologiques reflètent le risque accru d'infection par le VIH dans la population étrangère / migrante.**

Sur la période 2003-2008, **les étrangers / migrants représentent près de la moitié de l'ensemble des découvertes de séropositivité (46 %) en France**, alors qu'ils ne représentent qu'à peine 6 % de la population vivant en France (source Insee 2006).

**Par rapport à la population hétérosexuelle française, le taux d'incidence du VIH est 9 fois supérieur chez les personnes hétérosexuelles de nationalité étrangère.** Les personnes originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne sont particulièrement touchées, puisque les taux d'incidence chez les hommes et **les femmes** sont respectivement 29 fois et **69 fois supérieurs à ceux de la population hétérosexuelle française.**

Par ailleurs, la proportion d'étrangers parmi les découvertes de séropositivité est supérieure à 20 % dans presque toutes les régions françaises ; **elle est même supérieure à 40 % en 2008 dans la région Rhône-Alpes.**

Pour les données relatives aux IST, les réseaux de surveillance existants reposent sur des lieux de consultations (notamment les CIDDIST) dans lesquels il est difficile à ce jour d'évaluer la fréquentation de la population migrante. Néanmoins, une proportion non négligeable de cas de syphilis et d'infections à gonocoque concerne des migrants d'origines diverses, notamment d'Europe de l'Est et d'Afrique du Nord.

Enfin, le plan national de lutte contre les hépatites B et C souligne l'attention particulière à porter aux personnes originaires de zones de moyenne et forte endémie (Afrique, Asie du sud-est, Europe de l'Est, Afrique du Nord...) pour l'hépatite B.

Au regard de ces constats, il apparaît nécessaire de **développer des actions ciblées auprès de ce public en tenant compte de certaines données socio-comportementales** : population en provenance de pays ayant des cultures différentes, tabou du VIH / SIDA dans certaines communautés, vulnérabilité socio-économique importante, hétérogénéité d'ancienneté en France, **incidence plus élevée chez les femmes**, dépistage tardif surtout parmi les hommes.

## **Actions et modalités d'intervention**

**Enjeu :** Permettre aux personnes migrantes / étrangères de bénéficier d'actions de prévention et d'améliorer le recours aux dispositifs de dépistage et de soins.

*1 – Adapter la prévention pour réduire la transmission des IST / VIH / Hépatites chez les migrants / étrangers en soutenant des actions de proximité*

- Renforcer les actions de proximité d'information et de prévention (notamment promouvoir les outils de prévention) dans les lieux fréquentés par ce public : CADA, CHRS, maisons de quartiers, centres sociaux, squats, commerces communautaires, foyers, associations communautaires ; inscrire ces actions en lien avec les Ateliers Santé Ville (ASV) et sur les territoires politiques de la ville ;
- Développer l'appropriation des stratégies de prévention par les femmes migrantes :
- Développer des programmes de réduction des risques liés à la sexualité animés par et pour des femmes migrantes (ateliers de santé sexuelle, groupes de paroles...) ;
- Soutenir les actions de formation de femmes migrantes (personnes relais).
- Favoriser l'intervention des pairs en tant que relais de proximité dans une approche de santé globale pour éviter la stigmatisation et encourager l'acceptabilité ; former ces personnes relais.

*2 – Elargir l'offre de dépistage des IST / VIH / Hépatites et la rendre accessible aux migrants/ étrangers*

- Faire mieux connaître les structures (CDAG-CIDDIST) et les outils d'information sur l'incitation au dépistage ;
- Développer des propositions diversifiées de dépistage VIH et autres IST aux migrants/ étrangers :
- Poursuivre les actions de dépistage « hors les murs » dans des lieux fortement fréquentés par des migrants / étrangers ;
- Accompagner les personnes pour les démarches nécessaires après les résultats (vaccination, soins...).

### **4.2.3 Les personnes prostituées**

#### **Contexte**

Le nombre de personnes prostituées en Rhône-Alpes est mal connu d'autant plus que l'on assiste au développement d'une prostitution plus masquée, via internet par exemple. Les personnes qui se prostituent sont majoritairement des femmes étrangères, venant d'Europe de l'Est ou d'Afrique subsaharienne. La prostitution masculine en direction d'hommes homo / bisexuels est estimée à environ 10 % de la prostitution et concerne des jeunes étrangers originaires des pays de l'est. Enfin, les personnes transgenres représentent une part des personnes prostituées dans les grandes agglomérations.

Les évolutions intervenues en France dans la dernière décennie en matière législative, si elles ont permis de lutter contre le proxénétisme, ont eu un impact sur l'accès aux soins et la prévention du VIH et des IST des personnes prostituées. En effet, on assiste à des changements qui se traduisent notamment par :

**Le déplacement des personnes prostituées de rue des centres-villes vers les périphéries et l'investissement de nouveaux territoires éloignés** des structures associatives et médicales existantes (routes nationales, aires d'autoroute...) ; cette situation est particulièrement prégnante pour les personnes prostituées lyonnaises qui se déplacent sur les routes nationales des départements du Rhône, de la Loire, de l'Isère, de l'Ain voire même de la Drôme ;

**Le développement d'une prostitution plus cachée** (salons de massage, bars à hôtesse, internet) ;

**Une mobilité plus grande des personnes prostituées** (en France et dans toute l'Europe).

Ces changements compliquent le travail de proximité mené par les associations auprès des personnes prostituées dans la mesure où celles-ci sont plus difficilement accessibles. Compte tenu de ce contexte, il s'agit de favoriser et d'adapter l'accès à la prévention des personnes qui se prostituent.

### **Actions et modalités d'intervention**

**Enjeu** : Maintenir le niveau de prévention et d'accompagnement auprès des personnes prostituées en tenant compte des changements intervenus sur l'exercice de la prostitution ces dernières années.

#### *1 – Favoriser et adapter l'accès à la prévention des personnes qui se prostituent*

- Poursuivre les actions mobiles de prévention et de distribution de matériel menées sur les lieux mêmes de la prostitution afin de réduire les risques sexuels (IST, VIH/SIDA, hépatites) ;
- Renforcer la distribution du matériel de prévention (préservatifs, gels...) et son appropriation par les personnes ;
- Renforcer les capacités préventives des personnes prostituées pour réduire les demandes de rapports non protégés de certains clients ;
- Conforter le rôle des médiatrices culturelles.
- Prendre en compte les nouvelles formes de prostitution via internet et développer des interventions de prévention par le biais de ces sites en direction principalement des prostituées féminines (90 % des personnes se prostituant) mais également des clients.

#### *2 – Maintenir l'accompagnement et l'accès au dépistage et aux soins*

- Faciliter l'accès et l'accompagnement des personnes prostituées aux structures de dépistage (VIH / IST / Hépatites) ;
- Promouvoir le recours au traitement prophylactique d'urgence lors d'accidents d'exposition au VIH.

## 4.2.4 Les usagers de drogue

### Contexte

Globalement, la politique de réduction des risques conduite depuis 20 ans a eu un impact positif sur la baisse de la transmission du VIH dans la population des usagers de drogue. En effet, au cours des dix dernières années, la prévalence du VIH a clairement diminué au sein de ce public, passant de 20 à 10 %.

Les usagers de drogue représentent 2,6 % de l'ensemble des découvertes de séropositivité sur la période 2003-2008. **L'incidence du VIH parmi les personnes usagères de drogues reste cependant 10 fois plus élevée qu'en population générale.** Enfin, malgré un important recours au dépistage, les nouveaux diagnostics d'infection par le VIH sont posés à des stades tardifs de l'infection. Le risque de transmission du VIH reste largement associé au partage du matériel d'injection.

Par ailleurs, les usagers de drogue représentent la population la plus touchée par les hépatites B et C. Le VHC reste un problème majeur dans cette population, avec une prévalence de l'hépatite C s'élevant à 60 % d'après les données de l'enquête « Coquelicot ». Ceci s'explique également par la persistance du partage du matériel de consommation de drogues.

La grande précarité économique et sociale de certains usagers de drogue et leurs conditions de vie participent à leur plus grande exposition au risque viral. Les lieux de consommation de drogue (squats, événement festifs comme raves...) sont des lieux d'intervention à privilégier.

### Actions et modalités d'intervention

**Enjeu:** Limiter les transmissions du VIH et des hépatites lors des pratiques d'injection et améliorer les stratégies de dépistage.

#### *1 – Renforcer les mesures de réduction des risques*

- Promouvoir ou développer les actions allant au-devant des personnes toxicomanes ;
- Poursuivre le partenariat avec les pharmaciens de villes et les former, en tant qu'ils constituent le premier et parfois le seul contact avec les usagers, pour la délivrance de matériels stériles en pharmacie ;
- Soutenir les initiatives associatives sur les manifestations repérées comme pouvant être des lieux de consommation de drogues et de pratiques de tatouage / piercing (événements festifs...) visant à l'intervention de professionnels tatoueurs perceurs déclarés et formés, respectant les conditions d'hygiène et de salubrité pour limiter les risques des usagers.

#### *2 – Favoriser le dépistage des usagers de drogue*

- Mieux faire connaître les structures et les outils d'information sur l'incitation au dépistage pour le VIH et les hépatites.

## 4.2.5 Les personnes détenues

### Contexte

Les prévalences des infections par le VIH et le VHC sont élevées chez les personnes détenues, estimées à 1,04 % pour le VIH et 4,2 % pour le VHC alors qu'en population générale, la prévalence est respectivement de 0,23 % et 0,84 %. Les personnes détenues infectées par le VIH et / ou le VHC, déclarées par les services médicaux en milieu pénitentiaire, représentent 5,3 % de la population pénale, soit un peu plus d'un détenu sur 20.

### Actions et modalités d'intervention

**Enjeu** : Soutenir les actions de prévention liées à la sexualité en lien avec les UCSA.

*1 – Améliorer auprès des personnes détenues la prévention des risques liés à la sexualité*

- Développer des séances d'information et de sensibilisation des personnes détenues (hommes et femmes) sur la sexualité, sur l'orientation sexuelle, les comportements sexuels et sur la prévention des risques infectieux, en lien avec les UCSA.

*2 – Développer et adapter des actions d'éducation à la vie affective et sexuelle et de prévention des risques liés aux pratiques sexuelles (dont IST) pour les personnes mineures détenues*

- Améliorer les connaissances sur les comportements et les connaissances des personnes mineures détenues (filles et garçons) en matière de prévention des IST (dont le VIH) et des risques liés aux pratiques sexuelles, en lien avec les UCSA.

## 4.3 Les autres publics

Au regard de la priorité donnée au publics ciblés ci-dessus en 4.2, les actions en direction des jeunes ainsi que celles relatives à l'accompagnement et au soutien des personnes séropositives ou malades **sont à poursuivre mais doivent être recentrées**.

### 4.3.1 Le public jeune

#### Contexte

L'information préventive doit être délivrée aux jeunes (scolarisés ou non) dès leur entrée dans la sexualité car il s'agit de favoriser l'adoption de comportements de prévention au moment où l'apprentissage des relations sexuelles se fait dans le respect de l'autre. A 17 ans, près de 50 % des jeunes ont déjà eu un premier rapport sexuel et un tiers des jeunes déclarent plus d'un partenaire sexuel dans l'année écoulée et ce chiffre est en augmentation (données plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014).

## **La prévention du VIH et des IST auprès des jeunes doit être poursuivie. Elle doit être abordée dans un cadre global d'éducation à la sexualité.**

Il convient de signaler que de nombreux acteurs réalisent des actions de sensibilisation et de prévention en direction de ce public :

La circulaire du 17 février 2003 précise **les obligations de l'Education Nationale en matière d'éducation à la sexualité dans les écoles, les collèges et les lycées**. Ce texte constitue une des réponses éducatives, d'une part à des questions de santé publique, grossesses précoces non désirées, infections sexuellement transmissibles dont le VIH / SIDA, et d'autre part aux préoccupations telles que les relations entre garçons et filles, les violences sexuelles, la lutte contre les préjugés sexistes ou homophobes...Par ailleurs, la circulaire du 30 novembre 2006 relative au **Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC)** a pour objet de développer des actions d'éducation à la sexualité au sein des établissements et notamment la prévention du SIDA.

Les **Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF)**, financés par les Conseils Généraux, sont des lieux de paroles, d'informations et de consultations qui peuvent être amenés à dispenser des actions d'information sur le VIH / SIDA / IST dans les établissements scolaires.

Certains **Etablissements d'Information, de Conseil Conjugal et Familial (EICCF)** financés par la DDCS, peuvent également assurer des actions collectives autour de la sexualité dans les établissements scolaires.

Enfin, quelques **CDAG / CIDDIST** font des séances d'informations collectives en direction des scolaires.

### **Actions et modalités d'intervention**

Au regard des intervenants déjà présents, **les actions en direction des jeunes financées par l'ARS devront être recentrées en 2011 :**

*Au niveau des jeunes ciblés :*

L'accent devra être mis en priorité sur les jeunes qui sont hors parcours scolaire et de formation ; jeunes isolés ou en situation de précarité ; jeunes en rupture sociale et/ou familiale ; jeunes travailleurs saisonniers du tourisme (notamment dans l'arc alpin) ; jeunes en insertion professionnelle.

*Au niveau des actions :*

- Poursuivre l'information et la sensibilisation des jeunes à la prévention et au dépistage ; pour les jeunes travailleurs saisonniers du tourisme (notamment de l'arc alpin) maintenir les actions de dépistage « hors les murs » ;
- Améliorer les connaissances des jeunes sur VIH / SIDA / IST / Hépatites avec notamment une priorité donnée aux démarches intervenant dans certains milieux: structures extrascolaires (MJC, centres sociaux, missions locales, maisons familiales rurales, foyers de jeunes travailleurs), d'insertion et d'accueil ; les actions en direction des jeunes scolarisés ne seront pas prioritaires, devront impérativement se situer sur des territoires prioritaires politique de la ville ou des territoires éloignés (ruraux) et devront être intégrées dans une approche globale de la santé sexuelle (IVG, violences sexuelles) ;
- Favoriser la réduction des prises de risques sexuels liées aux situations festives ;
- Faire connaître aux jeunes les lieux de prévention, d'écoute, d'accueil, de dépistage et de soins existants ;
- Former les professionnels menant des interventions collectives en éducation à la sexualité et de prévention du VIH / SIDA / IST / Hépatites auprès des jeunes.

### **4.3.2 L'accompagnement et le soutien des personnes séropositives ou malades**

#### **Contexte**

Si les personnes séropositives ou malades vivent aujourd'hui mieux grâce aux traitements, l'accompagnement reste primordial, notamment pour les plus précaires, et lors des moments de vulnérabilité que peuvent traverser les personnes. C'est là que réside tout l'intérêt et l'efficacité d'un accueil « spécifique ».

Cet accompagnement doit donc être poursuivi mais il est nécessaire qu'il soit optimisé. Sur les territoires où plusieurs accueils et actions d'accompagnements sont menés, il convient d'aboutir à une mutualisation des moyens.

Enfin, il est rappelé que les dispositifs de droit commun doivent être sollicités en priorité.

#### **Actions et modalités d'intervention**

**Un cahier des charges national définissant les actions d'accompagnement dans le cadre défini par la loi HPST du 21 juillet 2009 est en cours d'élaboration. Dans l'attente, pour 2011, seront privilégiées les actions ayant les axes suivant :**

- Améliorer l'accès aux traitements et à la prise en charge globale (accompagnement et soutien des malades) par des actions d'éducation pour la santé du patient ; ces actions viseront à améliorer la prise en charge psychosociale, l'aide à la nutrition, l'accompagnement aux soins et la bonne observance des traitements, la qualité du maintien à domicile ;
- Réduire le risque de survenue d'IST et de transmission du VIH en améliorant la santé sexuelle des personnes vivant avec le VIH ;
- Informer et accompagner de manière renforcée les personnes pour améliorer l'accès aux soins ;
- Améliorer la qualité de vie des personnes et des familles concernées par le VIH / SIDA.

### **4.3.3 Le financement des actions ponctuelles en direction du grand public**

Les actions ponctuelles (journée hépatites ou 1<sup>er</sup> décembre) ne seront plus financées de manière isolée mais elles devront s'inscrire dans des programmes conduits tout au long de l'année.

## **ELEMENTS COMMUNS AUX DIFFERENTES THEMATIQUES**

## 5. L'évaluation des projets

« *Evaluer, c'est donner de la valeur* ».

Chaque projet doit préciser les modalités d'évaluation prévues. Compte tenu du financement des projets sur une année, l'ARS a conscience de la difficulté pour les promoteurs de présenter une évaluation des résultats.

Toutefois, l'évaluation présentée dans les projets devra à minima s'appuyer sur une évaluation du processus et tenir compte de la finalité de toute action de promotion de la santé financée par l'ARS :

### **Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé**

L'évaluation du processus doit traduire l'écart entre ce qui était prévu dans le projet et sa réalisation concrète. Elle se réalise « au fil de l'eau » mais doit être prévue initialement en choisissant les critères, les indicateurs d'évaluation, les sources d'information et les modalités de recueil des informations (données chiffrées, enquêtes..).

L'évaluation doit être envisagée comme un **outil de pilotage de votre projet** permettant de réorienter au fur et à mesure les objectifs opérationnels et les modalités de mise en œuvre si vous jugez qu'elles ne sont pas adaptées au but que vous souhaitez atteindre.

Pour cela, il est nécessaire de prévoir un groupe d'évaluation de votre projet, regroupant le promoteur, des partenaires locaux et si possible des bénéficiaires.

L'évaluation doit également interroger le fonctionnement du contexte partenarial afin d'expliquer les écarts constatés, d'identifier les conséquences imprévues de l'action. Ceci permettra ensuite de réorienter le projet en fonction de cette analyse.

### **Rôle du groupe d'évaluation :**

- Préciser les contours de l'évaluation et définir 2 questions maximum auxquelles le groupe souhaite répondre
- Pour chacune des questions, identifier les critères d'évaluation qui permettront de répondre à la question posée
- Pour chaque critère, définir un ou 2 indicateurs observables ou mesurables et disponibles facilement.
- Pour chaque indicateur, définir le niveau attendu, sa source et les modalités de recueil de l'information permettant d'alimenter cet indicateur.
- Répartir les rôles entre les différents membres du groupe
- Prévoir la fréquence des réunions du groupe
- Proposer des pistes pour réorienter le projet au fur et à mesure en fonction des retours de l'évaluation

***Pour vous aider dans votre démarche : L'évaluation en 9 étapes, document pratique pour l'évaluation des actions santé et social – ERSP RA – janvier 2008.***

## 6. Critères d'éligibilité des projets.

### **6.1 Critères généraux**

**La sélection d'un projet s'établira selon les critères suivants :**

- Inscription dans une démarche de promotion de la santé telle que définie dans la charte d'Ottawa, à savoir un processus qui permet aux populations d'améliorer leur propre santé en leur donnant les moyens d'un plus grand contrôle sur celle-ci.
- Contribution à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé objectivée.

- Projet s'appuyant sur un état des lieux ou analyse du contexte. Cet état des lieux doit être localisé et partagé, pour analyser les besoins prioritaires, les potentialités du territoire et dégager une problématique, des objectifs et des modalités de mise en œuvre. Cet état des lieux peut provenir par exemple d'un diagnostic local de santé, d'une démarche d'atelier santé-ville.
- Projet et modalités d'intervention conçus spécifiquement et adaptés au territoire d'intervention, au public à atteindre et aux partenaires locaux.
- Actions collectives devant s'inscrire dans la durée (pas de financement d'actions ponctuelles sur une journée non inscrites dans un projet global)
- Montage financier lisible faisant apparaître les possibilités de cofinancements et les différents postes de dépenses et de recettes.
- Evaluation du projet pensée et détaillée au moins en terme d'évaluation du processus.

## 6.2 Critères de financement

La demande de financement reste annuelle même pour les projets s'inscrivant dans une perspective pluriannuelle.

Les crédits de prévention promotion de la santé de l'ARS :

- Ne peuvent servir à financer que des dépenses directement liées aux projets. Cependant, certains coûts internes liés directement au déroulement du projet, tels que salaires, charges et frais de fonctionnement pourront être pris en compte. Ainsi, les promoteurs peuvent intégrer au budget de leur projet des frais de structure dans la limite de 10% du budget total du projet.
- Ne financent pas de projets relevant des activités confiées aux structures ressources dont les missions sont précisées au chapitre 9.3. De même, l'ARS veillera à ce que les demandes ne concernent pas la conception d'outils locaux lorsqu'un outil de prévention équivalent est mis à disposition au niveau national par l'INPES notamment.
- Ne financent que des actions n'entrant pas dans le champ de la formation professionnelle continue.
- N'ont pas vocation à financer une édition d'un support de communication (plaquette...) de façon isolée, des formations aux gestes de premier secours non intégrées à un projet de promotion de la santé, des actions à caractère très ponctuel, un soutien d'événements à caractère sportif...
- Ne financent pas les colloques et séminaires ne s'inscrivant pas dans un dispositif plus large de formation ou d'action.

De plus,

- Le budget du projet doit être détaillé par poste de dépenses ; chaque poste doit faire l'objet d'une explication sur la méthode de calcul retenue. Il sera précisé si les cofinancements sont acquis ou sollicités.
- L'acquisition éventuelle de matériels nécessaires à la réalisation de l'action doit être justifiée en opportunité et en montant (production de devis).

## 7. Recevabilité administrative de la demande

Pour faire l'objet d'une instruction, tout projet devra être recevable au regard des conditions administratives suivantes :

- Dépôt réalisé par voie électronique à l'adresse mail suivante :

[ars-rhonealpes-promotion-sante@ars.sante.fr](mailto:ars-rhonealpes-promotion-sante@ars.sante.fr)

- Dossier déposé au plus tard le mardi 18 janvier 2011 à minuit

- En réponse au cahier des charges, le dossier type projet 2011 doit impérativement être complet à cette échéance accompagné du bilan intermédiaire en cas de demande de reconduction d'un projet.

Après la décision du comité exécutif de l'ARS, le service prévention promotion de la santé adressera aux promoteurs retenus un dossier de paiement à compléter pour les projets concernés.

## 8. Calendrier

Phases	Dates/Echéance
Diffusion du cahier des charges par l'ARS	Jeudi 2 décembre 2010
Réunions d'échange et d'explication du cahier des charges	Entre le mercredi 1 <sup>er</sup> décembre et le mercredi 15 décembre 2010
Fenêtre de dépôt des projets auprès de l'ARS	Du mercredi 1 <sup>er</sup> décembre 2010 au mardi 18 janvier 2011
Avis de la délégation territoriale départementale et transmission aux groupes thématiques	Du mercredi 19 janvier 2011 au vendredi 11 février 2011
Instruction des projets par des groupes thématiques régionaux	Du lundi 14 février au vendredi 11 mars 2011
Harmonisation régionale et sélection des projets	Du lundi 14 mars au vendredi 1 <sup>er</sup> avril 2011
Décision du comité exécutif de l'ARS	Avril 2011

## 9. Vos interlocuteurs en région

### 9.1 Les Délégations territoriales départementales

#### **DTD de l'Ain**

Tél. : 04 74 32 80 60

Christine MARECHAL

Dr Catherine HAMEL

Brigitte CARESSE

#### **DTD de l'Ardèche**

Tél. : 04 75 20 28 60

Christophe DUCHEN

Serge BORDALA

Christine DEVANCIARD

Martine SUBLET

#### **DTD de la Drôme**

Tél. : 04 75 79 71 00

Joëlle PUZIN

Chantal FERRIER

#### **DTD de la Loire**

Tél. : 04 77 81 80 00

Claire ETIENNE

Dr Renée COUINEAU

Sylvie BRENIER

Evelyne MOSNIER

#### **DTD de l'Isère**

Tél. : 04 76 63 64 29

Maryse LEONI

Dr Nicole MAURY

Dr Dominique LINGK

Vittoria DEMOLIS

Véronique ERTEL

#### **DTD de la Savoie**

Tél. : 04 56 11 08 28

Dr Sylvie ONQUIERT

Céline STUMPF

Dominique JARDON

#### **DTD de la Haute-Savoie**

Tél. : 04 50 88 41 11

Nathalie DUPARC

Dr Dominique LEGRAND

Simone RYASCOFF

#### **DTD du Rhône**

Tél. : 04 72 34 74 70

Séverine BATIH

Dr Béatrice LUMINET

### 9.2 Les référents thématiques administratifs régionaux et du département du Rhône

**Santé précarité** : Isabelle CARPENTIER

**Santé mentale – prévention du suicide** : Isabelle CARPENTIER

**Nutrition / santé bucco-dentaire** : Pascale DESGUEES

**Addictions** : Marion SALESSES

**VIH-SIDA/IST/hépatites** : Jean-François SIMATIS

**Secrétariat** : Anne-Marie FORNETTI - 04 72 34 74 70

[ars-rhonealpes-promotion-sante@ars.sante.fr](mailto:ars-rhonealpes-promotion-sante@ars.sante.fr)

### 9.3 Les structures ressources

Les structures ressources sont des associations expérimentées dans l'appui au pilotage de la politique de santé publique ; elles constituent un appui aux porteurs de projets dans quatre catégories de fonctions ressources :

- mettre à disposition un fonds documentaire et statistique
- promouvoir la formation des acteurs
- proposer un appui méthodologique pour la conception, la mise en place et l'évaluation des actions
- favoriser les échanges entre acteurs de la prévention.

En Rhône Alpes, ces structures sont au nombre de 12 : 4 régionales ([Centre Jean Bergeret](#), [IREPS](#), [ERSP](#), [ORS](#)), 8 départementales (réseau ADES-CODES) :

ORS – 9 quai Jean Moulin -69001 LYON  
04-72-07-46-20

ERSP – 9 quai Jean Moulin – 69001 LYON  
04-72-10-94-37

IREPS -9 quai Jean Moulin – 69001 LYON  
[contact@education-sante-ra.org](mailto:contact@education-sante-ra.org)

et ses 8 associations départementales :

EDUCATION SANTE AIN – Parc Les Bruyères – 293 rue Lavoisier 01960 PERONNAS  
[ades01@wanadoo.fr](mailto:ades01@wanadoo.fr)

EDUCATION SANTE ARDECHE – 2 passage de l'ancien théâtre 07000 PRIVAS  
[adessa-codes.07@wanadoo.fr](mailto:adessa-codes.07@wanadoo.fr)

EDUCATION SANTE DROME – 36 B rue de Biberach 26000 VALENCE  
[ades26@free.fr](mailto:ades26@free.fr)

EDUCATION SANTE ISERE – 23 av. Albert 1<sup>er</sup> de Belgique 38000 GRENOBLE  
[adessigr@wanadoo.fr](mailto:adessigr@wanadoo.fr)

EDUCATION SANTE LOIRE – 26 avenue de Verdun 42000 SAINT ETIENNE  
[comite@codes42.org](mailto:comite@codes42.org)

ADES DU RHONE – 292 rue Vendôme 69003 LYON  
[info@adesr.asso.fr](mailto:info@adesr.asso.fr)

EDUCATION SANTE SAVOIE – 306 rue Jules Bocquin 73000 CHAMBERY  
[adess73@sante-savoie.org](mailto:adess73@sante-savoie.org)

EDUCATION SANTE HAUTE-SAVOIE – 14 avenue Berthollet 74000 ANNECY  
[contact@education-sante74.org](mailto:contact@education-sante74.org)

Pour la prévention du suicide :

CENTRE JEAN BERGERET – 9 quai Jean Moulin – 69001 LYON  
[crib@crib.org](mailto:crib@crib.org)

## ANNEXE 1

### Plan régional de santé publique 2006-2010 de Rhône-Alpes :

#### Les priorités d'actions de santé publique

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

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

*OS1 : Faciliter l'accès à la prévention primaire et au dépistage*  
en développant les relais permettant de renforcer l'incitation au dépistage, en particulier au dépistage organisé, et l'accès à des bilans de santé (Centres d'Examens de Santé, ...), en améliorant ou adaptant les approches d'éducation à la santé.

*OS2 : Faciliter l'accès aux droits, à la prévention et aux soins*  
en développant des dispositifs d'accompagnement adéquats.

*OS3 : Développer les dispositifs d'interface*  
et les initiatives concourant à un décloisonnement entre la ville et l'hôpital, entre le médical et le social et, tout particulièrement, dans le domaine de la psychiatrie.

*OS4 : Favoriser le repérage des risques environnementaux*  
en lien avec des situations de précarité (saturnisme, monoxyde de carbone, ...)

Les publics particulièrement concernés par ces actions :

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

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

*OS1 : Faciliter l'accès des personnes aux ressources de prévention, de dépistage et de soins par l'adaptation de l'offre : développement de relais, de services mobiles...*

*OS2 : Faciliter l'accès des personnes aux ressources par l'accompagnement de la demande :*  
offre de transport, médiations...

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

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

## AXE II - Réduire les facteurs de risque majeurs de mortalité et de morbidité par la prévention primaire et développer le dépistage

OG 1 : Prévenir le cancer et les maladies cardiovasculaires

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

OS1 : *Développer des actions de promotion de la santé*

Ayant pour but de :

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

OS2 : *Améliorer le dépistage \* et le suivi préventif :*

- améliorer la couverture des dépistages organisés existants (sein, colon, ...),
- former les acteurs médicaux au dépistage précoce de l'obésité dès l'enfance,
- sensibiliser au dépistage et au suivi des facteurs de risques cardiovasculaires et respiratoires.

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

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

OS1 : *Mettre en œuvre un programme de prévention primaire du mal-être des jeunes (institutions)*

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

OS2 : *Mettre en œuvre un programme de prévention primaire du mal-être des jeunes (parentalité)*

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

OS3 : *Poursuivre la formation des professionnels au repérage des risques de suicide*

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

*OS4 : Développer les dispositifs de prévention de la souffrance psychique liée aux conditions de travail.*

OG 3 : Prévenir ou réduire les conduites à risque chez le jeune

*OS1 : Développer les actions de prévention des addictions*

Les produits concernés sont : tabac, alcool, toxiques illicites, médicaments et la sensibilisation aux risques de leur consommation : conduite de véhicules, lieu de travail...

*OS2 : Développer l'éducation à la sexualité et la sensibilisation aux risques*

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

OG 4 : Développer la prévention périnatale

*OS1 : Développer les actions de sensibilisation des femmes enceintes sur les risques des produits néfastes pour l'enfant à naître*

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

*OS2 : Promouvoir l'allaitement maternel.*

OG 5 : Développer une prévention spécifique en direction des personnes âgées

*OS1 : Développer à domicile*

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

*OS2 : Développer en institution*

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

### **AXE III - Améliorer certaines prises en charge et la qualité de vie des personnes fragilisées**

#### **OG 1 : Améliorer la qualité de vie à domicile**

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

*OS1 : Développer des actions d'information et de sensibilisation au bon usage du médicament et au risque iatrogène.*

*OS2 : Développer l'éducation pour la santé du patient, notamment l'éducation thérapeutique chez les personnes porteuses de maladies chroniques.*

*OS3 : Améliorer la prise en charge de la douleur par la formation des professionnels du sanitaire et du médico-social,*

*OS4 : Développer des dispositifs de soins palliatifs à domicile,*

*OS5 : Développer les actions d'information et de soutien (en particulier psychologique) aux personnes et aux aidants,*

#### **OG 2 : Améliorer la prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool**

*OS1 : Former les médecins généralistes au repérage et à l'orientation des patients en difficulté avec l'alcool*

Une priorité sera accordée aux interventions brèves en alcoologie

*OS2 : Améliorer l'accès des patients aux dispositifs spécialisés,*

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