

synthèse

BILAN

du schéma régional
de prévention en Haute-Normandie

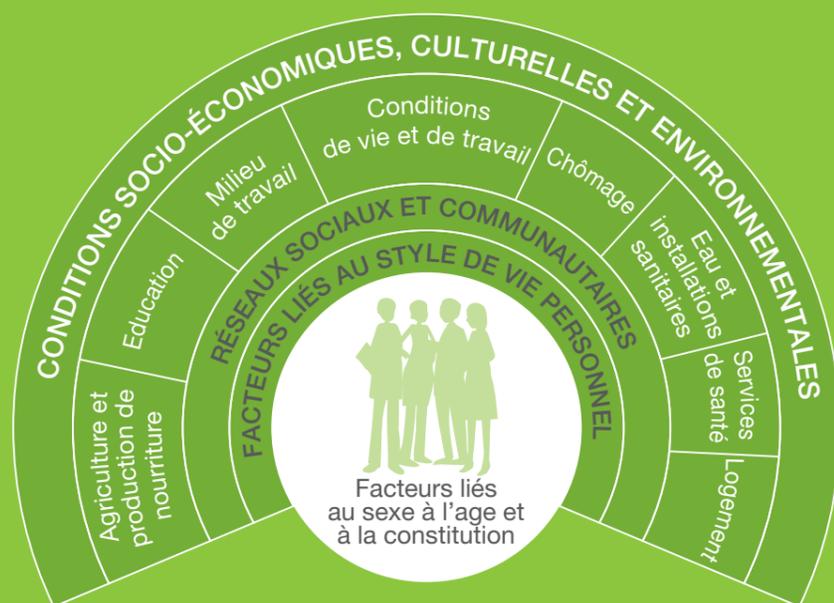
2012-2015

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

PRÉAMBULE

Si le système de santé est capable de prendre en charge la souffrance et la maladie, d'agir en partie sur les comportements... l'amélioration de l'état de santé des personnes résulte de facteurs économiques, sociaux et environnementaux et personnels.

La persistance des inégalités sociales de santé milite également en faveur d'une meilleure articulation des politiques publiques. En effet, ces dernières ne s'expliquent pas seulement par des variations de comportement individuel en fonction du niveau social mais trouvent leur origine dans des déterminants multiples et complexes. De nombreux autres facteurs situés en amont du système de santé et liés aussi bien aux conditions socio-économiques des personnes qu'à des conditions que les individus ne maîtrisent pas (influences sociales, conditions de vie et de travail, conditions générales socio-économiques, culturelles et environnementales) ont un impact sur la santé.



DIFFÉRENTS DÉTERMINANTS DE SANTÉ INTERAGISSENT

- Déterminants personnels : ressources physiques, psychologiques et sociales, habitudes de vie ayant un rapport avec la santé (alimentation, activité physique, etc.)
- Déterminants environnementaux (qualité de l'air et de l'eau, habitat, transports, urbanisme, conditions de travail, etc.)
- Déterminants sociaux (niveau d'éducation, insertion sociale et support social, milieu culturel, accès aux services publics, etc.) et économiques (niveau de revenus, statut sur le plan de l'emploi, etc.)
- Déterminants liés au système de santé (accès aux soins, qualité des soins, etc.)

Le schéma régional de prévention (SRP) 2012-2017 a pour objectif de participer à l'amélioration de la santé des haut-normands et à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé en promouvant des politiques publiques, des environnements et des comportements favorables à la santé. Il s'inscrit dans une démarche partenariale avec les autres acteurs de santé publique qu'il s'agisse des collectivités territoriales, des professionnels et associations intervenant dans le champ de la santé, du social, de l'éducation...



TROIS PRIORITÉS D'ACTION

- Inscrire la prévention et la promotion de la santé tout au long de la vie
- Soutenir les dispositifs de prévention majeurs pour la protection de la santé des haut-normands
- Réduire les inégalités en renforçant les actions de prévention et de promotion de la santé dans les territoires identifiés comme prioritaires.

Pour atteindre ces objectifs, le SRP prévoit de renforcer la structuration des acteurs de Prévention Promotion de la Santé (PPS) selon trois niveaux d'organisation : régional, coordination, opérationnel.

Cette synthèse, du bilan intermédiaire de l'état d'avancement de la mise en œuvre du SRP, met en évidence la forte mobilisation des acteurs de la région pour développer, structurer l'offre de prévention, promotion de la santé et pour en améliorer la qualité. Elle précise les perspectives d'actions pour les années à venir.



OBJECTIFS

- Positionner les bons acteurs aux bons endroits, identifier les leviers d'action ou de soutien des actions dont ils disposent, ainsi que leurs domaines d'intervention, leurs forces et leurs faiblesses, leurs interdépendances...
- Améliorer la qualité et l'efficacité des actions par une professionnalisation du travail de prévention et une meilleure articulation avec les autres schémas et politiques portées par l'Etat, l'assurance maladie ou les collectivités territoriales.

SOMMAIRE

02 PRÉAMBULE

► BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DES PRIORITÉS

1 Inscrire la prévention, promotion de la santé tout au long de la vie

06 Périnatalité et petite enfance

08 Santé des jeunes

10 Personnes en situation de handicap

12 Personnes âgées

13 Personnes détenues

14 Population générale

2 Soutenir les dispositifs de prévention majeurs

16 Promouvoir la vaccination

17 Développer l'accès aux dépistages du VIH, des IST et des hépatites B et C

18 Structurer l'éducation thérapeutique du patient

20 Renforcer l'accès aux dépistages et repérages des cancers (sein, colorectal, peau)

22 3 Réduire les inégalités dans les territoires identifiés comme prioritaires

► BILAN DE LA STRUCTURATION DE L'OFFRE DE PRÉVENTION PROMOTION DE LA SANTÉ

24 1 un niveau régional d'observation, de pilotage et d'évaluation

25 2 Un niveau intermédiaire de coordination

26 3 Un niveau territorial de mise en œuvre opérationnelle

27 CONCLUSION

PARTIE 1

BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DES PRIORITÉS



INSCRIRE LA PRÉVENTION, PROMOTION DE LA SANTÉ TOUT AU LONG DE LA VIE

PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE

Les inégalités sociales de santé sont le produit des inégalités des conditions d'existence construites dès l'enfance. Le renforcement des interventions précoces aux premiers âges de la vie constitue donc une priorité de l'ARS et de ses partenaires.

Plus de **342 K€**
alloués à cette priorité
entre 2013 et 2015

83 actions
de formation

577 personnes
formées

La mobilisation des acteurs a été importante pour :

- le développement des compétences psychosociales et le soutien à la parentalité :

depuis 2011, l'effort de formation sur les compétences psychosociales et l'accompagnement a touché 577 personnes et concerné 83 actions,

- l'amélioration de l'accès à la contraception :

soutien à la plateforme IVG contraception et communication grand public,

- l'articulation des acteurs intervenants dans le suivi de la femme enceinte :

généralisation de l'entretien prénatal précoce (ou entretien du 4^e mois de grossesse), prévention des expositions dangereuses (au travail et à domicile), prévention des addictions de la femme enceinte et de son entourage (prioritairement alcool et tabac).



Docteur Ndongki et Docteur Benez Conseil départemental de l'Eure

Camille Ndongki, médecin de santé publique au Conseil départemental de l'Eure, a pour mission d'élaborer et mettre en œuvre, en étroite collaboration avec l'ARS, la politique de santé publique du département de l'Eure.

Il s'agit donc d'une mission de double interface, d'une part participer au dialogue partenarial sur la santé avec l'ARS et les autres partenaires, et d'autre part au sein du Conseil départemental, coordonner les actions de santé publique menées par le Département et apporter un conseil technique et méthodologique sur la santé aux différents services, en particulier de la délégation sociale.

Frédérique Benez, médecin de protection maternelle et infantile au Conseil départemental de l'Eure, est chargée de la prévention auprès des enfants de 0 à 6 ans. « Avec l'aide de différents partenaires (infirmières puéricultrices, sages femmes...), nous organisons des actions de prévention individuelles et collectives pour mettre en œuvre les actions de santé publique nationales, régionales et départementales. »

Des missions individuelles et partagées

Pour Camille Ndongki, le partenariat qui existe entre le Conseil départemental de l'Eure et l'ARS de Haute-Normandie est, « un partenariat au long cours, car chaque institution a ses missions régaliennes, mais la loi veut que nous travaillions ensemble en nous donnant des missions croisées, par exemple dans le domaine de la prévention ».

« La protection maternelle et infantile fait partie des missions régaliennes des départements qui rentrent en articulation avec le Schéma Régional de Prévention ». La PMI a un rôle important : « par exemple, nous recevons les certificats de santé et de grossesse, ce qui nous permet d'analyser l'état de santé des mères et des enfants, et avec l'ARS, de définir ensuite les politiques de santé publique pour cette population. »

Trois domaines d'intervention

Dans le cadre du Schéma Régional de Prévention, les enjeux prioritaires retenus au département de l'Eure pour les enfants de moins de six ans sont la prévention des troubles du langage et des apprentissages, et la vaccination.

Pour Frédérique Benez, « la vaccination est une mission quotidienne et un sujet sur lequel nous portons déjà beaucoup d'attention. » Enfin, il y a le repérage et la prévention précoce des troubles du langage. Différentes actions ont été menées : repérages en école maternelle, partenariat avec les orthophonistes libérales, actions de formation envers les agents...

Un partenariat imposé mais pas imposant

Le Conseil départemental de l'Eure travaille en étroite collaboration avec l'ARS de Haute-Normandie. Comme le souligne Camille Ndongki, « l'ARS implique les partenaires dès la conception des projets jusqu'à leur évaluation et ceci, de façon très transparente. Elle nous invite à une participation. De ce fait, il y a une forme d'adhésion qui s'est créée et qui est devenue aujourd'hui quelque chose de quotidien. »

Frédérique Benez, récemment arrivée à la PMI, voyait l'ARS comme « une structure un peu lointaine et très haut placée. Aujourd'hui, je vois que l'ARS fait partager ses projets. C'est un élément très positif pour moi ».

SANTÉ DES JEUNES

Si les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période conditionnent leur avenir. Tout problème de santé engage le potentiel de développement de l'individu et peut, s'il est global, mettre en jeu l'avenir d'une classe d'âge. La santé des jeunes constitue donc une priorité de santé publique majeure.

Au total plus de 1M€
alloués à cette action entre
2013 et 2015

Conduites addictives

L'évolution des niveaux de consommation déclarés à 17 ans, apparaissent légèrement inférieurs aux moyennes nationales, tout en suivant leurs évolutions. (OFDT, enquête ESCAPAD)

HN : Jeunes en Haute-Normandie

F : Jeunes en France

Usage régulier de cannabis :

HN : **7%** (+ 3 point sur 2011/2014)

F : **9%** (+ 3 point sur 2011/2014)

Usage régulier d'alcool :

HN : **8%** (+ 1 point sur 2011/2014)

F : **12%** (+ 1 point)

Ivresses alcooliques répétées :

HN : **18%** (- 3 points sur 2011/2014)

F : **25%** (- 3 points sur 2011/2014)

Usage régulier de tabac :

HN : **29%** (- 5 points sur 2011/2014)

F : **32%** (+ 1 point)

La stratégie régionale repose sur une approche globale de la santé des jeunes et sur la coordination des acteurs et des politiques dans les territoires par un comité technique « santé des jeunes ».

Actions mises en place :

- le renforcement de l'observation de la santé :

avec une enquête en milieu scolaire et dans les missions locales pour mieux connaître la perception de leur état de santé et leur besoin d'information,

- la sensibilisation et formation de l'ensemble des personnels des établissements scolaires à la promotion de la santé,

- la promotion de la santé mentale :

grâce à l'organisation de 8 formations (en 2013/2014) relatives à la prévention du suicide en direction des professionnels de l'Education Nationale (EN) et de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (PJJ),

- le développement de l'éducation affective et sexuelle :

intégration dans 5 des 7 CLS, contractualisation avec l'Abri, le Planning familial, plateforme téléphonique régionale, etc.,

- la prévention du surpoids et de l'obésité :

groupes de travail en cours et intégration dans les CLS,

- la prévention des risques auditifs :

2 000 à 2 500 élèves touchés,

- la prévention des conduites addictives :

intégration dans les CLS, 15 consultations jeunes consommateurs, formation, référentiels d'intervention, fusion AAP ARS/MILDECA (mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives).



Fabienne Cisterne
Rectorat de l'académie de Rouen

La mission principale de Fabienne Cisterne, infirmière conseillère technique du Recteur, est d'impulser, élaborer et mettre en œuvre le suivi et l'évaluation de la politique académique de santé en faveur des élèves. « J'adapte les directives ministérielles en fonction de ma région et mon académie. »

Une convention ARS / Education nationale

« Dans le Schéma Régional de Prévention, c'est la première fois que l'on est identifiés et reconnus, la première fois où la prévention et promotion de la santé en faveur des élèves s'inscrit dans les missions. »

L'Education nationale a signé une convention avec l'ARS, dont l'objectif est de garantir la convergence et la cohérence des actions menées en direction des élèves. « Pour moi, la signature de cette convention est très positive : d'abord, par l'existence de réseaux locaux de promotion de la santé. Je suis pour une prévention de territoire au plus près des élèves ». Il est important de pouvoir réorienter les élèves vers des structures et professionnels de santé présents sur leur territoire, là où ils habitent. « De mon point de vue, cela permet de me battre davantage contre les inégalités sociales. » Enfin, cette convention a permis de resserrer les liens entre les partenaires. « On a réussi à mettre en lien les infirmières scolaires avec le réseau local, pour un travail collaboratif. »

Des résultats fructueux

La Haute-Normandie est l'une des régions les plus avancées sur cette thématique.

Même si aujourd'hui, nous n'avons que très peu de recul pour établir un bilan, les choses évoluent dans le bon sens. « À partir du moment où l'on travaille avec des partenaires, où il y a des échanges, des débats, cela fait forcément avancer les choses. D'une part, l'ARS comprend mieux les difficultés que rencontrent nos institutions, d'autre part, les chefs d'établissements sont très contents de nous avoir dans leur structure. »

L'ARS et le Rectorat travaillent aujourd'hui conjointement sur le sujet de la prévention et promotion de la santé des élèves. « On échange, on débat, on se connaît mieux... tout ça fait qu'on évolue et qu'on avance. Et les élèves en bénéficient. »

La prise en compte des territoires prioritaires

Dans le cadre du Schéma Régional de Prévention, des « réseaux d'éducation prioritaire plus » ont été créés. Les problématiques y sont différentes, et les moyens plus nombreux. « Ce n'est pas le même travail. J'impulse énormément sur une prévention de territoire, sur un réseau local. C'est vraiment important puisque les problématiques sont très différentes entre les villes : Rouen, Le Havre, Evreux... ».

PERSPECTIVES

Poursuite de la mobilisation des établissements scolaires pour construire ensemble des projets de territoire cohérents

Renforcement des actions hors milieu scolaire dans le cadre des CLS et formation des animateurs BAFA

Développement des actions en direction des jeunes les plus fragiles ou précaires : jeunes ASE, PJJ et missions locales

Pour la santé mentale, mise en place au 2^e semestre 2015, d'une réflexion portant sur le cahier des charges des maisons des adolescents

Pour la contraception, prévention et dépistages des IST, des actions visant à faciliter l'orientation et l'accès des jeunes aux dispositifs spécialisés (planning, CPEF, CeGIDD)

Concernant les addictions, poursuite de la structuration des pôles prévention compétents en addictologie, l'amélioration de la qualité des actions, les actions de coordination avec les acteurs de la santé mentale d'une part et de la sécurité routière d'autre part

PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Les acteurs de la promotion de la santé et du handicap se sont mobilisés pour développer l'accès à la prévention et à l'éducation pour la santé des personnes en situation de handicap.

Le plan d'actions a été mis en œuvre selon quatre axes :

- enjeu d'acculturation réciproque, renforcement de l'accessibilité de l'information et des ressources / valorisation des bonnes pratiques : sensibilisation, formations croisées, élaboration partenariale d'un dossier de synthèse ressource,
- ancrage territorial à favoriser - articulation des acteurs locaux des deux champs à créer,
- accompagner les démarches de PPS au sein des établissements, les inscrire dans les projets d'établissement et les valoriser dans les CPOM,
- cibler plus précisément les actions PPS en faveur des personnes en situation de handicap dans les appels à projets.

À noter : la mobilisation importante de l'IREPS et de l'URIOPSS et des Réseaux Locaux de Promotion de la Santé (RLPS) et des Ateliers Santé Ville (ASV) sur cette priorité.

Les principales actions menées sont les suivantes :

- une journée annuelle du pôle régional de compétence,
- deux sessions de formation destinées aux acteurs PPS et médico-sociaux,
- un axe spécifique dans l'appel à projets annuel,
- des actions du plan « sport, santé, bien-être » : création d'un annuaire des structures accessibles, harmonisation régionale des critères de labellisation des structures, intégration d'un contenu autour de l'accueil des personnes en situation de handicap dans la formation continue des maîtres-nageurs sauveteurs et organisation de rencontres sportives mixtes (valides / non valides).

85 K€ alloués
à cette priorité
entre 2013 et 2015

PERSPECTIVES

Poursuivre sur l'accès aux dispositifs de prévention : dépistage, vaccination et l'accès aux soins en lien avec l'assurance maladie.



Isabelle Colly-Favré et Yohann Persil
URIOPSS

En 2015, à la faveur des renouvellements de contractualisation pluriannuelle, l'URIOPSS a été conventionnée pour accompagner des établissements médico-sociaux à l'intégration de l'axe prévention promotion de la santé, en lien avec l'IREPS.

Informer, créer du lien et accompagner

Pour répondre à cette problématique, l'URIOPSS mène plusieurs missions. D'abord, selon Isabelle Colly-Favré, directrice, « nous informons les acteurs du champ de la prévention de ce qu'est le handicap et vice-versa ». Ensuite, l'URIOPSS met en réseau les structures locales : « le but est de réussir à faire travailler ensemble des acteurs locaux, dans les champs du handicap et de la santé ». Enfin, l'URIOPSS accompagne les associations à s'approprier les thématiques de santé « pour les intégrer dans les projets d'établissements des structures médico-sociales » pour Yohann Persil, Conseiller Technique.

Selon lui, favoriser le travail collaboratif entre les structures locales permet de « mutualiser les compétences et les connaissances ». Au-delà, l'objectif est de mobiliser des ressources sur des compétences qu'ils n'avaient pas identifiés « et pourquoi pas, des leviers de financement ».

Déficit de formalisation

De prime abord, les adhérents de l'URIOPSS ne se sentent pas concernés par la prévention. Isabelle Colly-Favré pense que « le déficit est plus dans la formalisation que dans la réalisation elle-même. Les structures le font naturellement. La prévention est un axe transversal qui n'est pas formalisé. » L'URIOPSS va donc les aider à formaliser cet aspect « et peut-être en améliorant la façon dont ils le font. »

Personnes en situation de handicap

Même si beaucoup d'outils existent aujourd'hui, le handicap fait encore peur. « Il est nécessaire de continuer à faire de la pédagogie pour expliquer ce qu'est le handicap et comment on peut s'adapter à ce public spécifique. » Par exemple, un des axes du projet serait de former les professionnels de centres de loisirs, en leur expliquant ce qu'est une personne en situation de handicap et quels sont ses besoins. « L'objectif est qu'à terme, ils soient en capacité de les accueillir et les accompagner » pour Yohann Persil.

Qualité partenariat régional/territorial

Selon Isabelle Colly-Favré, la situation a bien progressé notamment depuis la création de la CRSA. « Le fait qu'il y ait des instances où on mélange du sanitaire, du médical, du médico-social dans une optique de décloisonnement et de parcours, c'est un contexte qui est nouveau, qui nous oblige à mieux nous connaître et qui rend nos actions efficaces. »

Une relation dans le temps

Avec l'ARS, l'URIOPSS entretient une relation durable. Isabelle Colly-Favré et Yohann Persil saluent « la qualité de travail et la bonne écoute de nos interlocuteurs de l'ARS. On a cette chance d'avoir une relation qui tient dans le temps, des projets qui évoluent, et la possibilité de se dire les choses simplement, c'est précieux ».

Des interrogations

Isabelle Colly-Favré et Yohann Persil se posent des questions quant à l'enjeu de la Normandie. « Comment va-t-on pouvoir travailler ensemble dans ce cadre et surtout garder une proximité territoriale ? Avec l'éloignement du siège de l'ARS, quelle sera la place des antennes ? Quelle sera l'organisation territoriale locale de proximité ? »

De plus, l'équipe de l'URIOPSS s'interroge sur l'attractivité des professions de santé. « Il y a une pénurie de professionnels médicaux en Haute-Normandie. C'est une véritable problématique pour les établissements médico-sociaux et cela peut avoir un impact sur leur capacité à développer les actions prévention-promotion de la santé. »

Enfin, se pose la question du cloisonnement des outils. Le Buccobus est un outil qui permet aux résidents des EHPAD de bénéficier de soins dentaires. « C'est dommage qu'il ne puisse pas être ouvert à d'autres populations qui en auraient besoin. Pourquoi est-il autant fléché sur une action ? »

PERSONNES ÂGÉES

La prévention et la promotion de la santé : un élément clé du parcours de vie et de santé des personnes âgées.

Actions mises en place (entre 2012 et 2015) :

- **La prévention de la dénutrition des personnes âgées : formations des aides à domicile, des aidants familiaux, du personnel des SSIAD sur la prévention de la dénutrition des PA à domicile et en établissement dans le cadre d'une convention financière pluriannuelle passée avec l'URIOPSS :**

- 26 conférences pour 650 personnes, 27 ateliers cuisine depuis 2012
- Tous les territoires de santé couverts : Pont-Audemer, Bernay, Verneuil, Evreux, Vernon, Les Andelys-Gaillon, Elbeuf-Louviers, Rouen, Saint-Nicolas d'Alhiermont, Fécamp, Forges les Eaux, Le Havre, Notre Dame de Gravenchon, Néville, Montivilliers, Bolbec, Eu, Le Tréport, Forges les Eaux, Saumont-la-Poterie.

- **La santé bucco-dentaire (prévention et accès aux soins) : expérimentation du buccobus**

- **L'inscription de la prévention dans le parcours de vie et de santé des personnes âgées fragiles :**

- Inscription dans les CLS pour lutter contre l'inactivité physique et mentale et l'isolement social (CLS de Dieppe, de Saint-Etienne du Rouvray et de l'agglomération du Havre notamment), - contractualisation avec l'ASEPT
- Création d'un annuaire dans le cadre du Plan Régional Sport Santé Bien-Être
- Appel à projets spécifique : 16 projets ont été financés pour un montant total de 140 000 €.

Près de **383 K€**
alloués à cette priorité
entre 2013 et 2015

20 territoires
couverts

16 projets financés
pour un montant total de
140 000 € en 2015

PERSONNES DÉTENUES

Entre 2012 et 2015, le partenariat entre les acteurs de la santé et de l'administration pénitentiaire a été renforcé au service de la santé des personnes détenues.

La déclinaison des priorités du SRP en faveur des personnes détenues est assurée conjointement par l'ARS et l'administration pénitentiaire.

Au niveau de chaque établissement, un comité de pilotage pluridisciplinaire a vocation à mieux coordonner les projets et à préparer les interventions (nécessité d'accompagner les partenaires extérieurs pour appréhender les spécificités de l'action en milieu pénitentiaire). L'investissement reste inégal entre les établissements mais cette instance est de mieux en mieux structurée.

Un appel à projets PPS annuel spécifique au public détenu est instruit conjointement avec l'administration pénitentiaire. L'avis de chaque comité de pilotage est requis dans l'instruction. Des cofinancements ARS / administration pénitentiaire sont mobilisés dans le cadre de l'appel à projets.

Actions mises en place depuis 2012 :

- **Mise en œuvre dans chaque établissement pénitentiaire d'un programme d'actions intégrant les pratiques addictives, la réduction des risques et la santé mentale**

- **Formation au repérage et à la gestion de la crise suicidaire** (119 personnes formées)

- **Echanges de pratiques entre les unités sanitaires**

- **Théâtre forum sur addictions, violence, suicide, famille, médicaments...**

- **Actions autour de l'activité physique, actions bien-être et image de soi**, gestion du stress et des émotions avec socio-esthéticienne, conseillère en Economie Sociale et Familiale et sophrologue.

Plus de **197 K€**
alloués à cette priorité

119 personnes
formées au repérage
et à la gestion de la
crise suicidaire

POPULATION GÉNÉRALE

Plus de 13 M€
alloués à cette priorité
depuis 2012

Les actions mises en œuvre ont visé à :

- Réduire les expositions aux facteurs de risques environnementaux et professionnels

- réalisation d'un tableau de bord santé-environnement pour améliorer la connaissance et l'information
- contrôle sanitaire de l'eau du robinet : 9 000 prélèvements / an
- protection de la ressource en eau potable : 79% des captages protégés par déclaration d'utilité publique
- veille de la qualité des eaux de loisirs et du littoral : contrôle sanitaire, classement des eaux de baignade (4 eaux de baignades restent de qualité moyenne voire médiocre sur les 31) et communication

- Réduire les expositions aux facteurs de risques environnementaux et professionnels

- participation à la lutte contre l'habitat indigne : 1 formation spécialisée CODERST / département, 12 comités locaux habitat dégradés installés, environ 200 signalements traités / an
- prévention des intoxications au monoxyde de carbone : renouvellement de la campagne de communication en associant les artisans chauffagistes
- prévention des risques liés à la qualité de l'air intérieur : financement de visites conseillère médicale en environnement intérieur
- étude des zones d'expositions multiples : étude de zone de Port Jérôme réalisée et suivie avec les acteurs du territoire, inscription dans le CLS de la CODAH mais pour l'instant pas de mise en œuvre.

« L'environnement est la clé d'une meilleure santé »¹. En effet, la qualité des milieux (pollution de l'atmosphère, de l'eau, des sols, déchets mais aussi nuisances sonores, insalubrité, etc.) et l'ensemble des activités humaines (air ambiant, accidents domestiques, violences urbaines, etc.) influencent l'état de santé de la population d'un territoire. Aux côtés des acteurs du Plan régional santé environnement, l'ARS s'est engagée dans la promotion d'environnements favorables à la santé et le contrôle sanitaire des milieux.

- Développer des actions de formation et d'information aux problématiques de santé environnementale

- journée de rencontre des animateurs Agendas 21 et des coordonateurs des RLPS « pour le développement d'un urbanisme favorable à l'environnement et la santé »,
- contribution au club écomobilité et formation des premiers ambassadeurs locaux de l'écomobilité animé par l'AREHN
- plusieurs actions de sensibilisation vers les publics prioritaires (femmes enceintes et jeunes) à différents risques (bruit, produits chimiques).

- Relayer les campagnes d'information et de communication

- Promouvoir l'activité physique :

- annuaire des clubs sportifs orientés activité physique adaptée (APA), travail en cours sur la prescription de l'APA,
- formation des animateurs sportifs,
- sensibilisation des professionnels de santé.

¹ Conférence ministérielle Organisation Mondiale de la Santé juin 1989



Docteur Mehdi Roudesli Institut régional de la médecine du sport de Haute-Normandie

Dans le cadre du Schéma Régional de Prévention, le rôle de Mehdi Roudesli, médecin du sport et médecin directeur de l'IRMS de Haute-Normandie, est la prescription d'activité physique à but thérapeutique. « *Ma mission est d'évaluer le patient en fonction des résultats de ses examens cliniques, de ses possibilités et de sa pathologie, pour lui prescrire une activité qui lui sera bénéfique.* »

Un déterminant de santé

L'activité physique est un véritable déterminant de santé pour certaines pathologies bien identifiées. « *Elle permet l'amélioration de la qualité de vie et offre des bénéfices directs sur l'état de santé de cette population, notamment l'amélioration de la fonction cardio-vasculaire et la modification du métabolisme (consommation des sucres et graisses circulantes)* ».

En 2012, un programme de prescription d'activité physique dans les suites du cancer du sein a été mis en place. « *L'activité physique est le meilleur médicament contre la fatigue induite par les traitements. Elle permet l'amélioration de la qualité de vie des patients, redonne du lien social et dans certains cas, permet de diminuer les récurrences.* »

En premier lieu, une consultation au centre Henri Becquerel a été mise en place. « *On a imaginé un programme d'activité physique adaptée* » pour les femmes ayant subi des traitements types chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie. « *Ce programme, de 10 séances, permet à la majorité de ces femmes de réintégrer une association sportive ou d'exercer une activité physique de manière autonome et de leur redonner le goût de la pratique.* » Il faut savoir que c'est la pérennité de l'activité physique qui compte.

Répartition inégale sur les territoires

Initialement, ce programme était uniquement centré sur Rouen, à l'Institut de Médecine du Sport et au centre Henri Becquerel. « *Désormais, pour répondre à une problématique de régionalisation, on a offert la possibilité de lancer cette activité physique sur différents sites : Yvetot, Lillebonne, Le Havre, Dieppe et Evreux.* » Petit à petit, l'offre devrait être élargie à d'autres pathologies chroniques : cancer du colon, rhumatismes inflammatoires chroniques, diabète de type 2, addictions et facteurs de risques cardiovasculaires.



Véronique Delmas Air Normand

Air Normand entretient des relations privilégiées avec l'ARS. Ils sont partenaires dans le cadre du Schéma Régional de Prévention, et l'ARS fait partie des instances d'Air Normand.

« *La qualité de l'air est un véritable déterminant de santé* » exprime Véronique Delmas, directrice d'Air Normand. De nombreuses études ont bien établi le lien entre la pollution de l'air et la santé. Les effets de certains polluants sur la santé sont multiples à court terme (irritations, crise d'asthmes...) comme à long terme (cancers, pathologies cardiovasculaires/respiratoires, troubles neurologiques...). La prévention joue donc un rôle majeur.

Prévenir, sensibiliser, mobiliser

Les actions de prévention et de sensibilisation sont évidemment indispensables pour le grand public : « *elles permettent de s'avoir où s'informer sur la qualité de l'air et d'adopter les bons comportements en cas de pollution.* »

« *Aujourd'hui, aucune réglementation légale n'oblige un établissement qui accueille la petite enfance à ne pas s'installer dans les zones à fortes pollutions atmosphériques.* ». C'est là tout le rôle de la prévention et de la sensibilisation : informer et mobiliser les élus, les professionnels de santé, les services concernés, et la population locale pour leur faire comprendre les risques encourus.

Néanmoins, il reste des territoires, comme Bernay et Gisors, sur lesquels il est difficile de mettre en place le programme d'activité physique adaptée. « *La démographie médicale y est très faible. On n'a, pour le moment, matériellement, ni le temps ni les moyens de le faire.* »

Des freins à lever

La deuxième partie du programme est de créer du lien avec les associations sportives pour offrir un accueil confortable et durable à ces femmes sorties de traitement contre le cancer du sein. « *Nous devons prendre le temps de coordonner ces actions pour qu'elles soient efficaces.* »

Le programme tel qu'il a été mis en place permet aux médecins généralistes d'adresser leurs patients à un médecin du sport qui se chargera de la prescription de l'activité physique et de garantir une pratique pérenne.

Avec l'aide de l'association EMMA, l'accent a été mis sur la communication de l'existence de ce programme auprès des praticiens. « *Mais ce programme n'apporte qu'une réponse partielle pour certaines pathologies sur des territoires précis.* » Il ne règle pas le problème de la formation des praticiens ni de communication entre acteurs du monde médical et du milieu sportif.

Pour l'instant, Mehdi Roudesli n'a pas de réponses à ces questions : « *qu'est-ce qu'on priorise et de quels fonds dispose-t-on pour y faire face ?* ».

Une initiative positive

« *En tant que co-fondateur du projet, désormais porté par le Réseau onconormand, je suis très optimiste. Cette initiative présente un gros potentiel et les retours des patientes sont très positifs.* »

Une relation de confiance

« *Notre travail avec l'ARS est basé sur une confiance réciproque* », et forcément cela fonctionne. « *Le gros avantage est de pouvoir construire sur du long terme, et continuer à développer des actions communes sur les années à venir.* »

En terme d'évolution, « *il serait maintenant intéressant d'avoir les financements pour intervenir sur des problématiques de pollution aiguë* ».



SOUTENIR LES DISPOSITIFS DE PRÉVENTION MAJEURS

PROMOUVOIR LA VACCINATION

3 000 affiches
et 500 flyers distribués
pour la semaine
haut-normande de la
vaccination

PERSPECTIVES

Développer les séances de vaccination dans les Permanences d'Accès aux Soins de Santé, les services des urgences, les Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires...

Envisager avec les services de médecine du travail des actions qui permettent d'améliorer la couverture vaccinale des professionnels (grippe, tétanos...)

Promouvoir la vaccination dans les maisons de santé pluridisciplinaires afin de rendre moins contraignantes les différentes démarches à entreprendre pour se faire vacciner (consultation pour la prescription, délivrance du vaccin, consultation pour réaliser l'injection).

La vaccination, l'affaire de tous !
L'amélioration de la couverture vaccinale s'appuie sur une large mobilisation des professionnels, des usagers, des associations, des collectivités...

La mise en œuvre de cette priorité a été réalisée selon quatre axes :

- **le développement de l'observation et l'analyse des données en matière de vaccination par l'OR2S et la CIRE,**

- **la sensibilisation, l'information et la mobilisation des professionnels de santé :**

- soirée vaccinologie par an au CHU,
- sensibilisation des infirmières scolaires,
- sensibilisation et sécurisation de la vaccination grippe et la réalisation d'un quatre pages « infos-intox » sur la vaccination HPV

- **l'information du public sur l'importance et l'intérêt des vaccinations :**

- sensibilisation des élèves des collèges et des lycées par l'intermédiaire des équipes de vaccination sur la vaccination contre la méningite C,
- sensibilisation dans les maternités sur l'importance d'être vacciné contre la coqueluche (carte postale et affiche).

- **le développement de l'accès à la vaccination dans les territoires :**

- organisation de séances de vaccination dans les établissements scolaires,
- protocole de coopération entre professionnels de santé, élaboré par le centre de vaccination de Pont-Audemer (Eure), afin de permettre aux infirmières de vacciner par délégation du médecin.

Chaque année depuis 2013, la semaine haut-normande de la vaccination au mois d'octobre constitue un temps fort.

Hormis pour la coqueluche, la couverture vaccinale dans les départements de l'Eure et de la Seine-Maritime est légèrement supérieure à celle de la France.

DÉVELOPPER L'ACCÈS AUX DÉPISTAGES VIH, IST, HÉPATITES B ET C

3 associations
habilitées pour les
TROD VIH

Le développement du recours aux TROD (tests rapides à orientation diagnostique) a modifié le contexte en matière de dépistage du VIH, en redynamisant l'approche prioritaire des publics cibles.

Trois associations ont été habilitées (AIDES, l'ABRI et Médecins du Monde), permettant, relativement, une bonne couverture régionale. Les deux premières bénéficient d'un financement par la CNAMTS.

Un comité de pilotage a été mis en place, combiné à une réunion d'échanges de pratiques entre acteurs. Il se réunit une fois par an.

La montée en charge progressive du dispositif ne permet pas un recul suffisant pour tirer des enseignements au niveau régional. Néanmoins, le nombre de dépistages positifs par rapport au dispositif de dépistage classique confirmerait la pertinence de cette offre spécifique en faveur des publics cibles.

L'objectif de **proposer une offre coordonnée des lieux de consultation uniques** (CPEF + CDAG+ CIDDIST) n'est pas encore atteint.

Une organisation régionale et territoriale pour aller au devant des populations à risque et dépister précocement.

Des différences de qualité de prestation et de couverture territoriale subsistent entre les deux départements. Une évaluation de l'ensemble des missions recentralisées (assurée par les centres hospitaliers pour les IST et la vaccination dans l'Eure et pour la tuberculose dans l'ensemble de la région) a été menée en 2013. Elle pointe des inégalités territoriale d'offre, des écarts entre la prestation théorique et les pratiques, un problème d'amplitude d'ouverture, une absence d'inscription dans le territoire et une insuffisance de la communication et de la visibilité.

La création de centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) au 1^{er} janvier 2016 par fusion des CDAG / CIDDIST devrait permettre :

- d'améliorer l'offre globale de dépistage dans les lieux de consultation
- d'améliorer la couverture territoriale

PERSPECTIVES

Dans une région à faible prévalence VIH, la perspective de combiner avec le TROD VHC rendra encore plus pertinente la stratégie de dépistage ciblé.

Accompagner la mise en œuvre de la réforme des CeGIDD.

STRUCTURER L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

113 programmes sont autorisés fin 2014

Afin de mieux répondre aux besoins des patients atteints de maladies chroniques et de leurs proches, l'ARS a défini un programme régional de développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Le développement d'une offre de proximité pour les pathologies les plus fréquentes (asthme, diabète, maladies cardiovasculaires, cancer, obésité) doit permettre à tous les patients concernés de devenir acteurs de leur santé et aux professionnels d'intégrer ces nouvelles pratiques dans leur exercice quotidien.

Les actions mises en œuvre ont porté sur :

- Le développement sur les territoires d'une offre d'ETP pour les pathologies chroniques prises en charge en mode ambulatoire :

- Le développement de l'offre d'ETP pour les patients atteints de cancer est effectif : le programme chimiothérapie orale (réseau onco-normand en association avec CH Becquerel) fonctionne et le programme de prise en charge globale travaillé au niveau régional en inter-UTEP est en cours de finalisation
- L'offre ETP en psychiatrie a été développée via 3 programmes en intersectoriel (porté par l'hôpital)
- La coordination de l'ETP est en cours de structuration : 4 UTEP (une par territoire de santé) ont été créées, portées par les principaux établissements hospitaliers n'incluant pas encore l'ensemble des acteurs, sauf sur pour l'UTEP d'Evreux, plus avancée.

- La formation des professionnels de santé à l'ETP :

La prise de relais par les dispositifs de formation de droit commun (formation intégrée dans le DPC, plans de formation des établissements...) est privilégiée, sauf formations spécifiques (INCA, détenus...). De nombreux organismes proposent de la formation, dont l'IREPS en région. Par ailleurs, l'ARS a participé au DU ETP jusqu'en 2014.

- L'intégration de l'ETP dans les projets de maisons ou pôles de santé pluri-professionnels :

Quatre MSP et un pôle disposent d'un programme ETP autorisé. Hors structuration en MSP et pôles, l'expérimentation réalisée avec Maredia dans le Sud de l'Eure a permis de développer une pratique de l'ETP par des pharmaciens, des infirmières et des médecins généralistes. Là encore, le modèle financier n'est pas stabilisé et a posé des difficultés.

- L'amélioration de l'accès des programmes d'ETP aux populations fragiles (personnes détenues, précaires, personnes handicapées enfants et adultes, personnes âgées) :

- Personnes détenues : un projet de programme transversal multipathologies dans tous les établissements pénitentiaires de la région est en cours de finalisation. Le programme hépatite C porté par le CHU à Rouen a vocation à être transposé dans tous les établissements pénitentiaires de la région.
- Personnes en situation de précarité : l'UTEP d'Evreux a initié un travail de partenariat très riche avec la PASS (à étendre dans les autres territoires). L'évaluation du programme porté par l'Abri (faisabilité de l'ETP en appartements de coordination thérapeutique) a été réalisée (pas suivi de demande d'autorisation). Le département de l'Eure et l'UTEP d'Evreux ont engagé un travail sur la mobilité (connaissance et mobilisation des moyens disponibles).

- Les actions d'accompagnement, d'aide aux patients et à leur entourage :

une information a été diffusée sur les recommandations de la Direction générale de la santé (DGS) suite à l'appel à projets national pour l'intégration des patients et de leurs aidants à tous les stades de la mise en place de programmes ETP.

Plusieurs programmes ETP autorisés ont intégré cette donnée suite à leurs évaluations annuelles. Les associations de patients participent également à plusieurs programmes sur la région. Un programme ETP a été autorisé et est porté par une association de patients.



Geneviève Richard
CH Evreux-Vernon

Le rôle de Geneviève Richard, infirmière, est de coordonner des actions d'éducation thérapeutique, « d'une part au sein de mon établissement, (le centre hospitalier Eure et Seine (CHES), d'autre part au sein du territoire de santé du CHES ».

Quand le patient devient acteur

L'éducation thérapeutique est l'outil de soin qui permet au patient de devenir acteur de sa démarche de santé. « Cela consiste à transférer au patient, un ensemble de compétences médicales et médico-sociales qui doivent lui permettre de prendre des décisions éclairées vis-à-vis de sa santé, et de maintenir ou améliorer son état de santé et sa qualité de vie. » Les patients qui auront la compétence de décider auront la compétence d'influer sur leur état de santé : « ils deviendront des experts de leur propre santé ».

« Ce qui nous manque aujourd'hui, ce sont des patients qui portent la parole des autres auprès des institutions et de l'ARS ». S'il y avait une manifestation forte des besoins de la population en matière d'éducation thérapeutique, « il est évident qu'on aurait plus de poids. »

Et pour les personnes les plus éloignées du système ?

En travaillant avec les réseaux locaux de prévention de la santé et les ateliers santé/ville, « nous tentons de toucher les populations précaires (chômeurs, immigrés). » C'est un travail de longue haleine. « Aujourd'hui, les consciences s'éveillent mais la précarité n'est pas la préoccupation première des soignants. »

Une structuration efficace...

« Avant les UTEP (Unité Transversale d'Education Thérapeutique), on a connu au sein des territoires de santé, un tas d'initiatives privées, publiques et associatives, mal coordonnées,

sans cohérence et parfois pas en lien avec les problématiques de santé régionales. » Cette nouvelle organisation a pour objectif de « promouvoir et développer l'offre d'ETP sur le territoire de santé, de sensibiliser les professionnels de santé et de les amener à collaborer ensemble. »

Dans son organisation territoriale, l'UTEP est probablement la plus efficace des structurations. « Elle a permis à toutes les structures porteuses d'ETP de se rencontrer, d'évaluer leurs modalités de fonctionnement interne et de déterminer leurs besoins et attentes. »

... sous conditions

Cette structuration en UTEP serait d'autant plus efficace « si elle était clairement missionnée et si les coordinateurs avaient la formation adéquate ». Cependant, les UTEP ont été créés sans être missionnés préalablement : « on nous a laissé inventer et interpréter les missions, sans mandat explicite, si ce n'est qu'il s'agit, bien sûr, de faire la promotion de l'éducation thérapeutique. » De plus, les coordinateurs d'UTEP n'ont pas de fiches de poste, ni de niveaux de compétences et d'expérience attendus.

Une évolution positive

« Je pense que c'est une structuration extrêmement positive : elle a permis d'initier des travaux de territoires qui n'auraient jamais eu lieu sans l'UTEP, de nous articuler avec des associations et d'accompagner les équipes soignantes. »



PERSPECTIVES

- Consolider la structuration des UTEP, en favorisant l'échange d'expériences pour capitaliser l'avance prise par le site d'Evreux
- Construire, valider et appliquer un modèle financier permettant d'accompagner le développement de l'ETP en ville
- Développer l'accès aux programmes ETP des populations les plus fragiles (et se donner les moyens de l'évaluer)

RENFORCER L'ACCÈS AUX DÉPISTAGES ET REPÉRAGES DES CANCERS (SEIN, COLORECTAL, PEAU)

Plus de **2,4 M€** ont
été alloués à cette priorité
entre 2013 et 2015

Les actions soutenues en région ont concerné :

- la mise en place d'une coordination régionale avec l'assurance maladie pour le dialogue de gestion des structures de dépistage organisé des cancers ;
- la mise en place d'un comité de pilotage du dépistage du cancer autour de l'ARS,

comprenant les structures de dépistage, l'assurance maladie, l'URPS, l'IREPS, la ligue contre le cancer, le réseau onco-normand, un représentant des RLPS-ASV. Ce COPIL a adopté un plan d'actions commun (référentiel, suivi des actions en région, HPV, cancer de la peau, dépistage des cancers ORL...);

- l'évaluation de l'activité et du fonctionnement des structures de dépistages organisés dans le cadre des conventions passées avec l'ARS ;
- l'expérimentation visant à favoriser l'accès au dépistage en milieu rural

sur les cantons de Londinières et Nonancourt, territoires ruraux avec un taux de dépistage peu élevé visant à mobiliser des relais locaux pour assurer une promotion du dépistage adapté aux conditions du milieu rural : l'expérimentation n'a pas été concluante et nécessite de trouver d'autres leviers ;

- la lutte contre les inégalités sociales de santé :

- élaboration d'un référentiel régional basé sur les données probantes connues,
- soutien d'actions en direction des personnes en situation de précarité, des personnes migrantes en développant les collaborations avec les travailleurs sociaux ;
- intégration de cet objectif dans les conventions des structures de dépistage organisé mais peu encore structuré,
- interventions dans les quartiers défavorisés, sensibilisation des professionnels qui accompagnent ces publics en lien avec les mairies et formations de personnes relais. Ces actions restent malgré tout peu nombreuses ;

Depuis 2012, la mobilisation de l'ARS et de ses partenaires a permis de structurer, coordonner et animer un plan d'actions visant à réduire les inégalités d'accès aux dépistages.

- le renforcement de la prévention des cancers de la peau :

- CODAH : soutien de l'action « soleil attitude » comprenant de l'information du grand public et de la formation (notamment d'animateurs centres de loisirs et des professionnels de l'esthétique). Il n'a pour l'instant pas été possible d'étendre cette dynamique à l'ensemble de la région.
- L'étude menée par la CIRE sur l'opportunité de mener une stratégie particulière en région a confirmé qu'un simple relais des messages nationaux était un mode d'action adapté à la configuration de la région.

- une étude menée avec l'assurance maladie et l'URPS auprès des médecins généralistes sur leurs pratiques en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus

et diffusion des recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Pour le cancer du sein, si les taux sont encore très éloignés du taux cible fixé dans le plan cancer 2009-2013 à 65% (et dans le référentiel européen à 70%), ils sont cependant supérieurs à la moyenne nationale et stables (**58,3%** en région vs 51,9% en France sur 2013/2014).

Pour le cancer colorectal, si les taux sont encore plus éloignés du taux cible fixé dans le référentiel européen à 45%, ils sont proches de la moyenne nationale mais sont en baisse (**29,6%** en région vs 29,8% en France). La mise en place du nouveau test devrait permettre d'augmenter les taux de manière significative.

Les acteurs de prévention
prennent la parole



Docteur Laurent Verzaux
EMMA

Partenaire de l'ARS, l'association Emma promeut et encadre le dépistage organisé des cancers du sein et du colon, en Seine-Maritime. Dérogeant au cadre national du cahier des charges, Emma a fait le choix au moment du lancement de la campagne de dépistage d'utiliser la modalité d'invitation par les professionnels de santé (médecins généralistes, radiologues et gynécologues). Et c'est efficace !

« Pour le dépistage du cancer du sein, il y a une très forte implication des acteurs en Seine-Maritime. La première année, en 2003, nous étions l'un des seuls départements à compter 50% de participation » selon Laurent Verzaux, radiologue et président de l'association.

Un intérêt qui n'est plus à démontrer

Aujourd'hui, Emma est bien connue des acteurs de santé mais aussi de la population. « Tous connaissent l'intérêt du dépistage organisé. » L'association entretient des relations fortes avec les médecins correspondants et leurs patients : « nous avons des retours quasi systématiques des dépistages positifs du cancer du sein ». Les acteurs de santé ont bien compris l'enjeu de la deuxième lecture.

En revanche, Emma peine à recueillir les retours de coloscopies réalisées par les gastroentérologues. « J'espère que la mise en place du nouveau test permettra d'améliorer ce point ».

Des actions itinérantes sur le terrain

Pour limiter les inégalités et permettre un accès à tous, Emma compte se rapprocher des populations les plus éloignées du système de santé. « Seules les actions sur le terrain fonctionnent ». Laurent Verzaux souhaiterait mettre à disposition « un lieu d'échanges, convivial et confidentiel, pour lever les freins au dépistage ». Grâce à une équipe de professionnels se déplaçant en minibus, il s'agirait de visiter des quartiers sensibles et campagnes retirées. L'objectif serait d'expliquer l'intérêt du dépistage et d'accompagner la population dans ces démarches. « Mais cela suppose de l'énergie, du temps et des financements... »

Entre relation de confiance et budgets serrés

« Nous entretenons une relation de confiance avec l'ARS. » Le taux de dépistage de la Seine-Maritime figure parmi l'un des meilleurs de France. « Cependant, nous rencontrons parfois des difficultés budgétaires, avec des enveloppes très serrées et peu de visibilité financière »



RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DANS LES TERRITOIRES IDENTIFIÉS COMME PRIORITAIRES

Les contrats locaux de santé (CLS) sont des outils privilégiés pour intervenir dans les territoires prioritaires pour renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé.

En région, 7 CLS sont signés et 5 en discussion ou préparation (représentant 574 763 habitants soit 31% de la population régionale)

CLS SIGNÉS

CLS Communauté d'Agglomération Seine-Eure (CASE)
CLS Communauté d'Agglomération du Havre (CODAH)
CLS Saint-Etienne-du-Rouvray
CLS Dieppe
CLS Rouen
CLS Evreux et intercommunalité
CLS Pont-Audemer

CLS EN DISCUSSION OU PRÉPARATION

CLS Elbeuf et intercommunalité
CLS Vallée de la Bresle-Yerès
CLS Pays du Vexin Normand
CLS Pays Risle-Charentonne
CLS Communauté d'agglomération des Portes de l'Eure (CAPE)

Les CLS ont pour objectifs :

- d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants des territoires,
- de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé,
- de favoriser la coordination des politiques publiques et la cohérence des actions pour agir sur les différents déterminants de santé.

Quasiment tous les territoires prioritaires sont couverts par un CLS.

En février 2015, un comité de pilotage régional chargé de l'évaluation des CLS a été mis en place associant les élus des territoires concernés et les principaux partenaires institutionnels de ces contrats. Par une meilleure connaissance des résultats et de l'impact des CLS mais aussi des conditions de leur mise en œuvre, l'évaluation doit permettre :

- pour chacun des CLS : de mesurer son effet sur le territoire et d'envisager les conditions de son éventuelle reconduction ;
- pour le pilotage régional du dispositif : de faire évoluer la méthode d'élaboration et de suivi des CLS.

296 451 €

Montant de l'engagement pluriannuel des crédits de santé publique de l'ARS au titre des contrats locaux de santé

PARTIE 2

BILAN DE LA STRUCTURATION DE L'OFFRE DE PRÉVENTION/ PROMOTION DE LA SANTÉ

1

UN NIVEAU RÉGIONAL D'OBSERVATION, DE PILOTAGE ET D'ÉVALUATION

L'ARS s'est engagée dans un important travail de structuration de ses partenariats et de renforcement des structures ressources en promotion de la santé.

Objectif d'amélioration de la coordination des acteurs

- Mobilisation des instances de concertation :
 - 6 réunions de la commission de coordination des politiques publiques,
 - 8 réunions de la commission spécialisée prévention
 - et intégration des objectifs du SRP dans 2 conférences de territoire
- Formalisation des protocoles ou conventions de collaboration en faveur des personnes en situation de précarité :
 - protocole ARS/ DRJSCS/DDCS,
 - plans territoriaux d'insertion des Départements,
 - convention ARS/DRAAF,
 - programme d'actions ARS/Assurance maladie
- et en faveur des enfants et des jeunes :
 - convention ARS/Rectorat,
 - convention ARS/PJJ

Objectif de renforcement de l'observation de la santé

- Convention quadripartite ARS/OR2S/Préfecture région/ Région :
 - antenne de l'OR2S à Rouen et contractualisation ARS de 195 K€/an
 - et plateforme d'observation régionale : 30 institutions représentées

Objectif de soutien des pôles ressources, de compétences

- L'ARS a apporté un soutien important aux structures ressources de la région :
- l'IREPS pour l'accompagnement des acteurs, la formation (1 365 K€ sur 4 ans),
- l'Observatoire de la santé et du social (OR2S) pour l'observation régionale de la santé (741 K€ sur 4 ans),
- le GRAFISM pour la santé mentale (682 K€ sur 4 ans),
- les pôles de prévention compétents en addictologie (833 K€ sur 4 ans).

Objectif d'évaluation des dispositifs et des actions

- 6 évaluations externes (200 K€ sur 3 ans soit 1,2% des crédits)
- 12 évaluations réalisées par le pôle PPS



Marion Boucher et Docteur Patrick Daimé IREPS

L'IREPS (Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé) a pour mission de contribuer à améliorer la santé des populations sur le territoire régional. Pour Marion Boucher, directrice, l'objectif de l'IREPS est d'« accompagner les politiques régionales de santé et plus spécifiquement le Schéma Régional de Prévention de l'ARS. Il s'agit de renforcer les compétences des acteurs pour développer des actions de santé de qualité ». Cela passe par la formation, le conseil méthodologique, la mise à disposition de documentation et l'aide à la décision auprès des décideurs publics.

Un tournant de l'histoire

Pour Patrick Daimé, président, « nous sommes aujourd'hui à un tournant de l'histoire de la prévention en France, avec une reconnaissance, une professionnalisation, une évaluation et des données probantes... Des actions qui montrent que la prévention, ce n'est pas du bricolage dont on ne saurait à quoi cela sert, qui le fait, pourquoi, et avec quels résultats. » Pour Patrick Daimé, nous sommes désormais au-delà de ces interrogations et le rôle du Schéma Régional de Prévention est de traduire cette avancée en région.

Confiance, collaboration et co-construction

La Haute-Normandie a élaboré pour la première fois un Schéma Régional de Prévention. « La volonté de l'ARS a été de structurer l'offre pour favoriser une réponse équitable sur le territoire

régional », pour Marion Boucher. En Haute-Normandie, « nous avons la chance d'entretenir des relations de confiance avec l'ARS. Ce n'est pas un donneur d'ordres. Il s'agit vraiment de co-construction ». En effet, la politique régionale est définie de manière participative, et sa mise en œuvre se fait en collaboration avec les chargés de missions de l'ARS.

Les relations tissées avec l'ARS de Haute-Normandie ne sont pas les mêmes sur tous les territoires. Même si la régionalisation peut faire peur, Patrick Daimé et Marion Boucher restent optimistes : « Pourvu que ça dure ! »

« A sa place » et « à sa place »

Patrick Daimé considère qu'aujourd'hui « tout le monde s'inscrit dans une logique commune : Chacun a sa place, à sa place ! ». C'est la notion du faire mieux ensemble qui est fondamentale.

2

UN NIVEAU INTERMÉDIAIRE DE COORDINATION

La territorialisation mise en œuvre par l'ARS permet de déployer la politique régionale au plus près du terrain (prise en compte des spécificités des besoins, des organisations et dynamiques existantes), de diminuer les disparités entre les territoires et de sensibiliser et de mobiliser tous les acteurs locaux aux priorités de santé publique.

Soutenus par l'ARS, les réseaux locaux de promotion de la santé et les ateliers santé ville sont des acteurs clés de la coordination territoriale.

1,6 M€

financement de l'ARS à ce dispositif de coordination sur 4 ans

La territorialisation

Pour mettre en œuvre cet objectif, le pôle prévention/promotion de la santé (PPS) de l'ARS a privilégié une organisation territorialisée avec un chargé de mission et un gestionnaire administratif pour chaque territoire de santé (les médecins du pôle intervenant en soutien en tant que de besoin).

Ces référents territoriaux assurent le déploiement de la politique régionale de santé dans leur territoire, soutiennent les coordonnateurs de réseaux locaux de promotion de la santé et d'ateliers santé ville et sont les interlocuteurs privilégiés des élus et des acteurs du territoire. Ils s'appuient sur les référents thématiques de l'ARS en tant que de besoin. Cette organisation permet d'avoir une vision globale des problématiques dans les territoires et de rendre les interventions les plus cohérentes possibles. Mais compte-tenu des ressources humaines du pôle PPS et du poids des activités de gestion budgétaire et administrative, la demande d'accompagnement dans les territoires reste supérieure à la capacité d'intervention des équipes.

Le maillage du territoire régional par les réseaux locaux de promotion de la santé a bien évolué avec :

- la création d'un RLPS sur le territoire de santé de Dieppe,
- la création d'un réseau sur le pays Risle-Estuaire et le maintien d'un réseau sur le pays Risle-Charentonne.

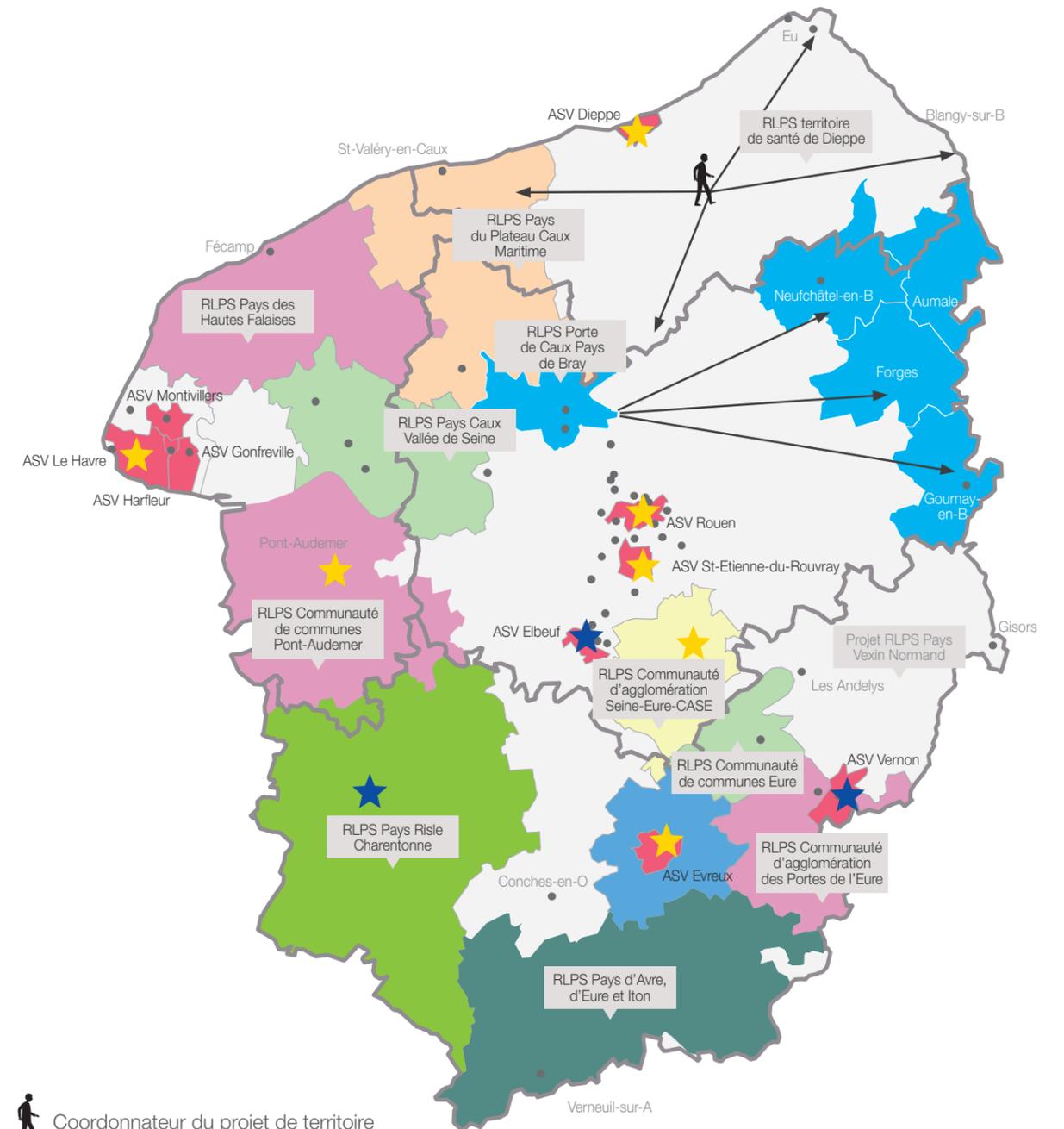
En 2013, une évaluation de ces réseaux a été commanditée par l'ARS et suivie par un comité de pilotage régional composé de représentants du Conseil Régional, du Département de Seine-Maritime et de l'Eure, de la DDCS de Seine-Maritime et de l'Eure et de l'ARS. Cette évaluation a permis de confirmer l'importance des RLPS pour mettre en œuvre la politique régionale de santé et la reconnaissance par les acteurs locaux du travail réalisé par les coordonnateurs dans les territoires.

Les recommandations qui ont été validées par le comité de pilotage ont permis de définir trois enjeux pour ces réseaux :

- mobiliser l'ensemble des acteurs du territoire sur les questions de santé / promotion de la santé
- inscrire le parcours de santé dans une approche de promotion de la santé
- fédérer les acteurs pour développer des actions visant à la réduction des inégalités sociales de santé.

Une charte associant la Région, les Départements, les DDCS et l'ARS est en cours de signature pour acter ces évolutions des RLPS.

L'animation régionale des RLPS et ASV est effective avec deux à trois réunions d'échanges par an, permettant de traiter des questions d'actualité ou thématiques (addictions, nutrition/activité physique, ETP...), des articulations avec d'autres dispositifs sanitaires, sociaux ou médico-sociaux (soins de ville, réseaux, Utas, Maia, Carsat...) et les expériences dans les territoires (CLS...).



Coordonnateur du projet de territoire

Contrat Local de Santé (CLS) :

★ en projet

★ effectif

■ Atelier Santé Ville

■ Réseau Local de Promotion de la Santé

□ Territoire de Santé



UN NIVEAU TERRITORIAL DE MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

**85% des crédits
contractualisés**
sur 3 ans

Afin d'éviter la concentration des acteurs dans les zones les plus peuplées et les plus accessibles, la non couverture de territoires pourtant identifiés comme prioritaires et la concurrence entre les acteurs, l'ARS a mis en place dès 2012 une démarche de contractualisation pluriannuelle avec les opérateurs de PPS. Ont été intégrées également les actions retenues dans les contrats locaux de santé signés.

- Cette contractualisation :
 - représente aujourd'hui plus de 85% des crédits de santé publique de l'ARS
 - et concerne 61 promoteurs en 2015.
- Elle permet d'inscrire les actions dans la durée et favorise ainsi la construction de partenariats dans les territoires.
- L'appel à projets a été resserré sur les priorités régionales peu ou mal couvertes et représente environ 700 K€ par an.

CONCLUSION

Depuis 2012, l'ARS et ses partenaires se sont mobilisés pour structurer, développer et améliorer la qualité des actions de prévention et de promotion de la santé. Les plans d'actions sont bien engagés et les perspectives d'actions prioritaires bien identifiées.



A partir de janvier 2016, l'ARS de Normandie pourra s'appuyer sur la volonté et le dynamisme des acteurs pour agir sur les inégalités sociales et territoriales de santé.

Glossaire

- AAP : Appel À Projets
- APA : Activité Physique Adaptée
- ASE : Aide Sociale à l'Enfance
- ASV : Ateliers Santé Ville
- CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
- CeGIDD : Centres Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
- CIDDIST : Centre d'Information, de Diagnostic et de Dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles
- CIRE : Cellule de l'InVS en Région
- CLS : Contrat Local de Santé
- CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- CODAH : Communauté De l'Agglomération Havraise
- CODERST : Conseil Départemental de l'Environnement, des Risques Sanitaires et Technologiques
- COPIL : COmité de PIlotage
- CPEF : Centres de Planification et d'Education Familiale
- CPOM : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
- CRSA : Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie
- DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale
- DRAAF : Directions Régionales de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt
- DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
- ETP : Education Thérapeutique du Patient
- IREPS : Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé
- IRMS : Institut Régional de la Medecine du Sport
- MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte Contre les Drogues et les Conduites Addictives
- PJJ : Protection judiciaire de la Jeunesse
- PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation
- RPLS : Réseaux Locaux de Promotion de la Santé
- SRP : Schéma Régional de Prévention
- SSBE : Plan Régional Sport Santé Bien-Être
- SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile
- TROD : Test Rapide à Orientation Diagnostique
- URIOPSS : Union Régionale Interfédérale des Oeuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux

Remerciements

Docteur Benez - Conseil départemental de l'Eure
Marion Boucher - IREPS
Fabienne Cisterne - Rectorat de l'académie de Rouen
Isabelle Colly-Favré - URIOPSS
Docteur Patrick Daimé - IREPS
Véronique Delmas - Air Normand
Docteur Ndongki - Conseil départemental de l'Eure
Yohann Persil - URIOPSS
Geneviève Richard - CH Evreux-Vernon
Docteur Mehdi Roudesli - Institut régional de la médecine du sport de Haute-Normandie
Docteur Laurent Verzaux - Emma

BILAN DU SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

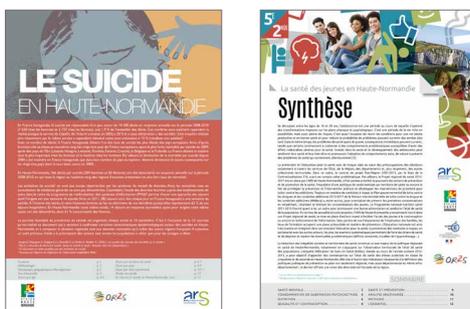
PUBLICATIONS IREPS/ARS

- Guide des CESC inter-degre / CESC inter-établissement - Septembre 2015
- Pour une prévention des conduites addictives - Février 2016
- Pour une éducation à la vie affective et sexuelle - Février 2016



PUBLICATIONS OR2S/ARS

- Le suicide en Haute-Normandie - Septembre 2014
- La santé des jeunes en cinquième et en seconde en Haute-Normandie - Synthèse - Septembre 2015



ARS de Normandie

Espace Claude Monet - 2 place Jean Nouzille - CS 55035
14 050 CAEN Cedex 4
02 31 70 96 96
ars-normandie-contact@ars.sante.fr

www.ars.normandie.sante.fr