

BILAN INTERMÉDIAIRE

du schéma régional
de prévention en Haute-Normandie

2012-2015

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

SOMMAIRE

I. BILAN DE L'ORGANISATION DES ACTEURS.....	5
1.1 ORGANISATION REGIONALE	5
1.1.1 Objectif d'amélioration de la coordination des acteurs institutionnels	5
1.1.1.1 La mobilisation des instances de concertation	5
1.1.1.2 La formalisation de protocoles ou de conventions de collaboration	6
1.1.2 Objectif de renforcement de l'observation régionale de la santé	9
1.1.3 Objectif de soutien des pôles ressources et de compétences	9
1.1.4 Objectif d'évaluation des dispositifs et des actions financés par l'ARS	11
1.2 NIVEAU DE COORDINATION	11
1.2.1 Objectif d'animation de la territorialisation par le pôle PPS	11
1.2.2 Objectif d'évolution des réseaux locaux de promotion de la santé et des ateliers santé ville (RLPS et ASV)	11
1.2.2.1 La couverture territoriale	11
1.2.2.2 L'évolution des missions des RLPS.....	13
1.2.3 Objectif de redéfinition des missions du Pôle libéral de santé publique (PLSP).....	14
1.3 NIVEAU OPERATIONNEL.....	14
1.3.1 Objectif d'affirmation du rôle des professionnels de soins de premier recours	14
1.3.2 Objectif d'amélioration de la qualité des actions	14
1.3.2.1 La formation et la diffusion des référentiels	14
1.3.2.2 Les démarches d'auto-évaluation et d'amélioration de la qualité.....	15
1.3.2.3 OSCARS	16
1.3.2.4 La modélisation d'actions.....	16
1.3.2.5 La contractualisation pluriannuelle.....	17
II. BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DES PRIORITES	17
2.1 OBJECTIF D'INSCRIPTION DE LA PREVENTION PROMOTION DE LA SANTE TOUT AU LONG DE LA VIE.....	17
2.1.1 Périnatalité et petite enfance	17
2.1.1.1 Rappel de la situation régionale	17
2.1.1.2 Bilan de la stratégie mise en œuvre : bonnes pratiques, leviers / difficultés.....	18
2.1.1.3 Actions mises en œuvre	18
2.1.1.4 Reste à réaliser	19
2.1.2 Adolescents et jeunes adultes	19
2.1.2.1 Situation régionale	19
2.1.2.2 Bilan de la stratégie mise en œuvre : bonnes pratiques, leviers / difficultés.....	20
2.1.2.3 Actions mises en œuvre et perspectives.....	21
Renforcement de l'observation de la santé	21
Sensibilisation et formation de l'ensemble des personnels des établissements scolaires à la promotion de la santé	21
Développement des compétences psychosociales	21
Promotion de la santé mentale.....	22
Actions visant à diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité	22
Développement de l'éducation affective et sexuelle	22
Prévention des conduites addictives	23
Prévention des risques auditifs	24
Amélioration de la couverture vaccinale.....	24
2.1.2.4 Reste à réaliser	24

2.1.3 Adultes	25
2.1.3.1 Situation régionale	25
2.1.3.2 Bilan de la stratégie mise en œuvre : bonnes pratiques, leviers / difficultés.....	26
Dépistage des IST et du VIH	26
Dépistage des cancers : améliorer les taux de dépistage organisé.....	26
Santé mentale	26
Addictions	26
Nutrition	26
Santé au travail.....	27
2.1.3.3 Actions mises en œuvre	27
Améliorer la participation aux dépistages organisés des cancers sein et colo-rectal	27
Améliorer la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus.....	27
Prévenir les IST, VIH et hépatites (CG)	27
Santé mentale	27
Addictions	27
Nutrition	28
Santé travail.....	29
2.1.3.4 Reste à réaliser	29
2.1.4 Personnes en situation de handicap	30
2.1.4.1 Situation régionale	30
2.1.4.2 Bilan de la stratégie mise en œuvre : bonnes pratiques, leviers / difficultés.....	30
2.1.4.3 Actions mises en œuvre	31
2.1.4.4 Reste à réaliser	32
2.1.5 Personnes âgées.....	32
2.1.5.1 Situation régionale	32
2.1.5.2 Bilan de la stratégie mise en œuvre : bonnes pratiques, leviers / difficultés.....	32
2.1.5.3 Actions mises en œuvre	32
La prévention de la dénutrition des personnes âgées à domicile	32
L'inscription de la prévention dans le parcours de vie et de santé des personnes âgées fragiles	33
2.1.5.3 Reste à réaliser	33
2.1.6 Personnes détenues	33
2.1.6.1 Situation régionale	33
2.1.6.2 Bilan de la stratégie mise en œuvre : bonnes pratiques, leviers / difficultés.....	33
2.1.6.3 Actions mises en œuvre	34
2.1.6.4 Reste à réaliser	35
2.1.7 Ensemble de la population.....	35
2.1.7.1 Bilan de la stratégie mise en œuvre et des actions réalisées	35
Réduire les expositions aux facteurs de risques environnementaux et professionnels.....	35
Développer des actions de formation et d'information aux problématiques de santé-environnementale.....	37
Relayer les campagnes d'information et de communication.....	37
Promouvoir l'activité physique	39
2.1.7.2 Reste à réaliser	39
2.2 OBJECTIF DE SOUTIEN AUX DISPOSITIFS DE PREVENTION MAJEURS POUR LA PROTECTION DE LA SANTE DES HAUTS-NORMANDS	40
2.2.1 Améliorer la couverture vaccinale	40
2.2.2.1 Situation régionale	40
2.2.1.2 Bilan de la stratégie mise en œuvre : bonnes pratiques, leviers / difficultés.....	40
2.2.1.3 Actions mises en œuvre	41
Développer l'observation et l'analyse des données en matière de vaccination.....	41
Sensibiliser, informer et mobiliser les professionnels de santé et le public sur l'importance et l'intérêt des vaccinations	41
Organiser le maillage du territoire	42
2.2.1.4 Reste à réaliser	42

2.2.2 Augmenter les taux de dépistage et de repérage des cancers, VIH, IST,	42
tuberculoses et maladies chroniques.....	42
2.2.2.1 Situation régionale	42
2.2.2.2 Bilan de la stratégie mise en œuvre : bonnes pratiques, leviers / difficultés.....	43
2.2.2.3 Actions mises en œuvre	43
Renforcer l'accès aux dépistages et repérages des cancers (sein, colorectal, peau).....	43
Développer l'accès aux dépistages du VIH, des IST et des hépatites B et C.....	44
Renforcer la lutte contre la tuberculose.....	45
2.2.2.4 Reste à réaliser	45
2.2.3 Poursuivre la structuration de l'ETP.....	46
2.2.3.1 Situation régionale	46
2.2.3.2 Bilan de la stratégie mise en œuvre : bonnes pratiques, leviers / difficultés.....	46
2.2.3.3 Actions mises en œuvre	46
Développer sur les territoires une offre d'ETP pour les pathologies chroniques prises en charge en mode ambulatoire.....	46
Favoriser la formation des professionnels de santé à l'ETP	47
Intégrer l'ETP dans les projets de maisons ou pôles de santé pluri-professionnels.....	47
S'assurer de l'accès des programmes d'ETP aux populations fragiles (personnes détenues, précaires, personnes handicapées enfants et adultes, personnes âgées).....	47
Assurer une cohérence régionale de l'évaluation de l'activité d'ETP	47
Renforcer les actions d'accompagnement, d'aide aux patients et à leur entourage	47
2.2.3.4 Reste à réaliser	47
2.3 OBJECTIF DE RENFORCEMENT DES ACTIONS DE PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE DANS LES TERRITOIRES PRIORITAIRES	48
2.3.1 Les contrats locaux de santé (CLS)	48
2.3.2 Le renforcement des dispositifs de coordination.....	49
ANNEXE 1 : ELEMENTS COMPLEMENTAIRES SITUATION REGIONALE.....	50
ANNEXE 2 BILAN FINANCIER 2012-2014.....	57

L'état d'avancement du volet prévention-promotion de la santé du schéma régional de prévention (SRP arrêté en mars 2012) est présenté au regard des objectifs d'organisation des acteurs en région et dans les territoires et des priorités d'actions identifiées.

I. BILAN DE L'ORGANISATION DES ACTEURS

Le schéma régional de prévention (SRP) est le premier schéma d'organisation de la prévention en région. Il constitue une vision géographique et prospective de l'organisation des services et actions, des coopérations et financements dans les champs de la prévention, de la promotion de la santé et de la veille, de l'alerte et de la gestion des urgences sanitaires. Il vise à positionner les bons acteurs aux bons endroits, à 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... Il cherche également à 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.

Le SRP prévoyait de renforcer la structuration des acteurs de prévention-promotion de la santé selon trois niveaux d'organisation : régional, coordination, opérationnel.

1.1 ORGANISATION REGIONALE

1.1.1 OBJECTIF D'AMELIORATION DE LA COORDINATION DES ACTEURS INSTITUTIONNELS

Depuis la création de l'ARS, des partenariats ont été développés avec les autres institutions pilotes de politiques publiques ayant un impact sur la santé.

1.1.1.1 LA MOBILISATION DES INSTANCES DE CONCERTATION

- **La commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile**

Depuis 2010, la commission a été réunie à 6 reprises mais comme dans d'autres régions, des difficultés sont rencontrées dans la mobilisation de cette instance :

- un niveau de représentation plutôt technique qui ne permet pas la validation d'une stratégie politique commune et donc pas de feuille de route commune aux différentes institutions mais des partenariats bilatéraux,
- une redondance dans la composition et parfois dans les questions abordées avec la commission de coordination médico-sociale. Partant de ce constat une l'expérimentation est engagée depuis 2014 avec la réunion commune des membres des deux commissions sur des sujets transversaux (ex : accès à la prévention et aux soins des personnes handicapées en 2014 et santé travail en 2015),
- l'existence d'autres lieux de concertation pour des plans de santé publique transversaux tels que le PRSE et le PRST :

Néanmoins, deux sous-groupes ont bien collaboré sur les questions portant sur :

- la santé des jeunes : pilotage et coordination des programmes d'actions,
- les cofinancements : les membres de la commission ont été associés à la définition du cahier des charges et aux réunions de contractualisation et d'instruction des demandes de subvention adressées à l'ARS. Cette organisation a particulièrement bien fonctionné pour la thématique activité physique / nutrition pour laquelle des cofinancements de projets ont vu le jour de manière importante.

Afin d'éviter la redondance avec d'autres lieux de concertation, la commission de coordination prévention a été informée des activités des instances de pilotage du Plan régional santé environnement (PRSE) et du Plan régional santé travail (PRST) :

- la mise en œuvre du Plan régional santé environnement (PRSE) se fait au travers de plans d'actions communs avec la Dreal et la Région : animation technique conjointe du plan régional santé environnement contribue à dynamiser, coordonner et mettre en œuvre les politiques interministérielles relatives à la santé-environnement....

- la mise en œuvre du Plan régional santé travail (PRST) est pilotée par la Direccte. L'ARS participe au Comité régional de prévention des risques professionnels (CRPRP) et aux réunions de la CREAC, instance de coordination en matière de risques professionnels et regroupant la Dreal, la Direccte, l'ASN et la Carsat notamment. On notera le travail réalisé sur la prévention du risque CMR chez les femmes enceintes.

La commission a également échangé sur la démarche et le suivi des contrats locaux de santé (CLS).

• Les conférences de territoire

Les objectifs du SRP sont intégrés dans la démarche d'élaboration des projets de santé de territoire des conférences de territoire de Dieppe et du Havre (celles d'Evreux-Vernon et de Rouen n'ont pas élaboré de projets de territoire). Un référent du pôle PPS est présent dans chaque équipe projet.

• La commission spécialisée CRSA

La commission spécialisée prévention (CSP) de la CRSA s'est réunie à 17 reprises entre 2010 et juin 2015.

- La première CSP (2010 à juillet 2014), sous la présidence de M. le Pr CZERNICHOW, a beaucoup concentré son travail au moment de l'élaboration du schéma régional de prévention.

2010	3 réunions
2011	6 réunions
2012	2 réunions
2013	1 réunion
1 ^{er} semestre 2014	Pas de réunion

- La CSP renouvelée (depuis juillet 2014), sous la présidence du Dr SOUBRANE a souhaité d'une part s'inscrire dans un plaidoyer actif auprès des pouvoirs publics et des autres commissions de la CRSA en faveur de la promotion de la santé et définir des priorités de travail : la santé des jeunes en particulier.

2 ^{ème} semestre 2014	1 réunion
1 ^{er} semestre 2015	4 réunions

1.1.1.2 LA FORMALISATION DE PROTOCOLES OU DE CONVENTIONS DE COLLABORATION

• En faveur des personnes en situation de précarité ou d'insertion

⇒ Protocole de collaboration ARS / DRJSCS / DDCS

L'imbrication forte des problématiques sociales et de santé (difficultés d'accès à la prévention et aux soins, inégalités sociales de santé traduites notamment dans les déterminants de santé, difficultés sociales et d'insertion liées à des problématiques de santé) impose des relations étroites entre l'ARS, la DRJSCS et les DDCS. Un protocole de collaboration a, notamment pour objectifs dans le champ de la prévention-promotion de la santé, de :

- définir et mettre en œuvre, autour d'objectifs partagés, les politiques locales de santé, de prévention, de promotion, d'éducation à la santé et d'accès aux soins à l'attention de tous les publics notamment ceux issus des quartiers prioritaires de la politique de la ville (exemple des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS) comportant un volet « santé ») ;
- contractualiser les politiques de prévention, de promotion de la santé et d'accès aux soins avec les collectivités locales sur des territoires prioritaires à définir.

Les collaborations privilégiées développées par l'ARS et les services déconcentrés chargés de la cohésion sociale, de la jeunesse et des sports visent notamment :

- les personnes en situation précaire ou vulnérables (personnes sans couverture maladie complémentaire, personnes sans domicile fixe, majeurs protégés, étrangers malades, personnes sortantes de prison, personnes détenues, etc.) ;

- les personnes en perte d'autonomie du fait de l'âge et ou du handicap ou d'une maladie, des personnes ayant des conduites addictives, avec des problèmes de santé mentale ;
- les habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville, notamment lorsque ceux-ci ont fait l'objet d'un diagnostic dans le cadre d'un atelier santé-ville (ASV) ou du volet santé d'un programme de réussite éducative (PRE) ;
- les jeunes (dont ceux suivis par les missions locales et dans le cadre des maisons de l'adolescent)
- et les personnes pratiquant une activité physique ou sportive (prévention et lutte contre le dopage, activité physique et santé).

Le partenariat a été particulièrement développé au titre des plans pilotés par la DRJSC (plan pauvreté, plan territorial pour la jeunesse) ou copiloté par l'ARS et la DRJSCS comme le plan sport, santé, bien-être et la politique de la ville animée par les DDCS.

⇒ Les plans territoriaux d'insertion

L'ARS est cosignataire des plans territoriaux d'insertion (PTI) élaborés par les Départements de l'Eure et de la Seine-Maritime. Ces plans permettent une meilleure convergence des politiques publiques en faveur des personnes en insertion.

⇒ Convention de partenariat ARS / DRAAF

Une convention de partenariat associant l'ARS, la DRAAF a pour objectif de proposer une méthodologie de projets au niveau régional de manière à bien articuler les actions relevant du PNNS et du PNAI et renforcer la qualité des actions engagées.

Dans ce cadre, l'ARS et la DRAAF cofinancent l'IREPS pour assurer :

- des temps de formation et d'échange de pratiques des animateurs des ateliers-cuisine pour personnes en situation de précarité,
- le conseil méthodologique de ces acteurs (actualités documentaires, conseils pédagogiques et accompagnement méthodologique en fonction des besoins),
- la modélisation d'un cycle d'ateliers et la rédaction d'un cahier des charges haut-normand, pour la réalisation d'ateliers-cuisine envers les publics démunis,
- un bilan à l'issue de la réalisation du dispositif.

⇒ Programme d'actions commun ARS / organismes de sécurité sociale

Les contrats signés entre l'ARS et les caisses d'assurance maladie intègrent des actions partenariales contribuant aux objectifs du projet régional de santé et en particulier le schéma régional de prévention.

Pour ce qui concerne la prévention, il s'agit du développement d'actions de proximité pour les populations qui restent à l'écart pour des raisons sociales et géographiques des dépistages des cancers du sein ou colorectal, des programmes de vaccination, des actions bucco-dentaires pour les jeunes enfants et les populations vulnérables, de la prévention des effets du vieillissement, de l'éducation thérapeutique et de la prévention des risques professionnels.

⇒ Convention ARS / Mutualité Française

Signée en 2013, cette convention vise à garantir la convergence et la cohérence des actions menées en matière de santé et sécurité de l'enfant, santé cardio-vasculaire, santé environnement, santé mentale / mieux-être et santé et autonomie.

• **En faveur des enfants et des jeunes**

⇒ Un cadre général d'intervention commun aux Conseils départementaux, à l'Education nationale, au Conseil régional et à l'ARS

La protection maternelle et infantile (PMI), la promotion de la santé et l'éducation à la santé en milieu scolaire sont des politiques convergentes en faveur de la santé des enfants et des jeunes. Pour rendre plus efficaces les interventions en direction des enfants et des jeunes, les principes d'intervention suivants sont mis en oeuvre :

- passage d'une logique de guichet à une logique de commande publique pour répondre aux besoins de santé des publics et territoires prioritaires,

- identification conjointe des bassins d'enseignement et de formation prioritaires pour expérimenter de nouveaux modes d'organisation des actions de prévention-promotion de la santé,
- mobilisation des acteurs de ces territoires pour l'élaboration de projets de territoire :
 - o s'inscrivant, le cas échéant, dans la dynamique impulsée par les RLPS et ASV,
 - o associant les différents niveaux scolaires concernés (maternelles, primaires, collèges et lycées),
 - o reposant sur l'objectif de développement des compétences psychosociales des enfants et des jeunes et un programme d'actions adaptées au développement des enfants et des jeunes et conformes aux référentiels validés. Les thématiques prioritaires concerneront l'éducation affective et sexuelle, les addictions, la nutrition,
 - o associant les acteurs du territoire : RLPS et ASV, professionnels de santé de premier recours, médecins et infirmières scolaires ; médecins, sages-femmes et conseillères conjugales des CD, les associations et les parents et si nécessaire des opérateurs régionaux faute d'acteurs locaux compétents dans le territoire ;
 - o associant les pôles ressources : Ireps et pôle de compétence en éducation – promotion de la santé.

Ainsi, la contractualisation financière ou participation des professionnels des institutions a été engagée pour les projets répondant à ces conditions.

⇒ Convention ARS / Education nationale

Elle vise à garantir la convergence et la cohérence des actions menées en direction des élèves dans les champs suivants :

- améliorer l'observation de la santé des jeunes scolarisés,
- sensibiliser et former l'ensemble des personnels des établissements scolaires à la promotion de la santé,
- organiser la coordination des acteurs dans les territoires pour proposer des projets d'éducation pour la santé inter-établissements, en particulier dans les bassins d'éducation et de formation identifiés comme prioritaires,
- développer un programme d'action adapté au développement des enfants et des jeunes qui permettra d'allier la mise en place d'actions de prévention basées sur le développement des compétences psychosociales et conformes aux référentiels validés et l'amélioration de l'accès aux dispositifs de soin des jeunes scolarisés,
- renforcer la qualité des interventions en milieu scolaire : il s'agit de favoriser la diffusion des outils méthodologiques et des référentiels validés et adaptés à l'éducation et à la promotion de la santé en milieu scolaire,
- agir en faveur de la démographie des médecins scolaires : afin de susciter des candidatures sur les postes de médecins scolaires, il s'agit de renforcer les liens avec la fac de médecine pour organiser l'accueil d'internes de médecine générale,
- poursuivre la collaboration entre la cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS) de l'ARS et les professionnels de l'Éducation nationale en matière de veille et sécurité sanitaire : il s'agit de faciliter la mise en place de mesures individuelles et collectives de prévention et de prophylaxie dans le cadre de la veille sanitaire.

Un comité de pilotage régional, composé de représentants du Rectorat et de l'ARS, assure le pilotage de la mise en œuvre de cette convention. Afin de garantir la cohérence des projets soutenus et la qualité des interventions, l'ARS associe les services du Rectorat à l'instruction des demandes de subvention qui lui sont transmises. Le Rectorat est également systématiquement invité à participer aux démarches d'élaboration et de mise en œuvre des contrats locaux de santé de manière à intégrer la promotion de la santé des élèves dans ces contrats.

⇒ Convention ARS / PJJ

Cette convention vise à développer une approche cohérente de promotion de la santé en faveur des jeunes sous main de justice. Elle fait suite à un travail de diagnostic réalisé par la PJJ et vient consolider les partenariats et les actions menées en faveur des mineurs suivis par le secteur public ou le secteur associatif habilité. Les actions prioritaires menées dans le cadre de cette convention de partenariat sont notamment :

- la sensibilisation et la formation de l'ensemble des personnels de la protection judiciaire de la jeunesse à la promotion de la santé,
- la mise en œuvre d'un programme d'action permettant le développement de l'estime de soi et des capacités des jeunes pris en charge à faire des choix adaptés en matière d'alimentation, d'addictions, de vie affective et sexuelle,

- l'amélioration de l'accès aux dispositifs de prévention et de soin des jeunes pris en charge, notamment en ce qui concerne la vaccination, les bilans de santé, les soins dentaires, l'accès à la contraception.

1.1.2 OBJECTIF DE RENFORCEMENT DE L'OBSERVATION REGIONALE DE LA SANTE

Afin de maintenir la capacité d'observation et d'expertise dans le domaine de la santé au bénéfice de la région, les services de l'ARS et de la Région ont travaillé ensemble à la mise en place d'un nouveau dispositif suite à la liquidation judiciaire de l'ORS de Haute-Normandie.

Une convention cadre associant la Région, la préfecture de région, l'ARS de Haute-Normandie et l'Observatoire de la santé et du social de Picardie a été signée en 2014 avec pour objectifs l'installation d'une antenne de cet observatoire à Rouen et l'animation d'une plateforme régionale d'observation sanitaire et sociale qui regroupe environ 30 partenaires.

2012 (ORS)	2013 (OR2S)	2014	2015
145 000 €	137 223 €	264 000 €	195 000 €

La base reconductible dans le contrat pluriannuel est de 195 000 € par an. Des avenants sur des projets spécifiques peuvent être passés : c'est notamment le cas en 2014 (mission d'évaluation des CLS en particulier). A noter la situation particulière de 2012 (liquidation de l'ORS) et en 2013 (montée en charge progressive de l'OR2S).

1.1.3 OBJECTIF DE SOUTIEN DES POLES RESSOURCES ET DE COMPETENCES

L'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) est identifiée comme une structure ressource au niveau régional : participation à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique régionale de promotion de la santé et accompagnement des acteurs.

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été signé entre l'ARS et l'Ireps et ce sont 1 081 921€ qui ont été délégués depuis 2012 à l'Ireps pour intervenir principalement sur la santé des jeunes, la santé de personnes éloignées de la prévention (personnes en situation de précarité, personnes migrantes, personnes détenues, personnes en situation de handicap), l'éducation thérapeutique du patient, la vaccination et pour accompagner les démarches territoriales (RLPS / ASV et CLS).

2012	2013	2014	2015
256 779 €	396 485 €	428 657 €	284 056 €

La base reconductible dans le contrat pluriannuel est de 256 779 € par an. Des avenants sur des projets spécifiques peuvent être passés.

Le pôle régional de compétences (PRC), porté par l'Ireps et associant les réseaux locaux de promotion de la santé et ateliers santé-ville, le Grafism, l'Anpaa, Aides et la Fédération Addiction. Ce pôle est positionné sur les échanges de pratiques, l'accompagnement méthodologique et les formations des porteurs de projet nécessitant des compétences spécialisées (ex : addictions) de manière complémentaire à l'accompagnement généraliste réalisé par l'Ireps. Les champs couverts par le PRC depuis 2012 concernent notamment les compétences psychosociales, les inégalités sociales de santé, les addictions, l'accès à la prévention des personnes en situation de handicap...

Une évolution des PRC est attendue avec la mise en place du nouvel institut national de prévention regroupant l'INPES, l'InVS et l'Eprus.

Le GRAFISM, association portée par les établissements de santé ayant une activité de santé mentale, bénéficie d'une contractualisation pluriannuelle avec l'ARS pour :

- développer en lien avec les structures spécialisées (antenne de suicidologie...) des actions de formation et de sensibilisation pour décliner le plan national suicide. Au total, ce sont plus de 3000 personnes qui ont été formées, notamment sur les territoires les plus impactés en termes de mortalité par suicide.

Année	Nb personnes formées
2011	25 formations (855 personnes)
2012	25 formations (830 personnes)
2013	29 formations (699 personnes)
2014	31 formations (686 personnes) dont une formation de formateur pour 9 personnes.

- assurer une mission d'accompagnement et de conseil des projets identifiés dans le SROS, le SROMS ou le PRAPS pour faciliter le travail partenarial, développe des échanges de pratiques, des partages d'expériences et la diffusion d'outils. Dans ce cadre, les formations suivantes ont été réalisées :
 - o une formation d'accompagnement des acteurs dans le cadre du rattachement du secteur de psychiatrie de Fécamp au groupe hospitalier du Havre (SROMS),
 - o une formation dans le cadre de la mise en place de l'antenne de la maison des adolescents du Havre sur Fécamp,
 - o une formation d'accompagnement des acteurs dans le cadre du renforcement du CMP et de la création d'une MDA sur Pont-Audemer (CLS Pont-Audemer),.
 - o quatre formations de structuration du travail en réseau avec les acteurs du champ de l'hébergement (Association l'Abri et Habitat et humanisme / « PRAPS 3 »)
- Par ailleurs, des échanges de pratiques, des partages d'expériences et / ou la diffusion d'outils et de référentiels se sont mis en place. A cet égard, on retiendra :
- o la création de fiches de liaison élaborées et diffusées sur le territoire de l'Eure et de Dieppe,
 - o l'élaboration d'un document ressource en santé mentale et le handicap psychique,
 - o la mise en place de groupes de soutien avec le GHH et les acteurs du territoire de Fécamp, suite à la création de l'antenne de maison des adolescents,
 - o des rencontres thématiques trimestrielles pour les acteurs de terrain depuis trois ans sur le Havre, faisant suite aux actions de formation inscrites dans le CLS ARS/CODAH,
 - o le transfert d'expérimentation comme la création d'une pièce de théâtre relative à l'éducation affective et sexuelle pour les personnes en situation de handicap psychique (ESAT d'Etran à Martin-Eglise).
- soutenir les ASV/RLPS et les démarches de contrats locaux de santé dans la mise en œuvre d'actions de formation, sensibilisation en santé mentale. Depuis 2013, 18 formations ont été mises en place par le Grafism dans ce cadre.

Entre 2012 et 2014, ce sont 508 613 € qui ont été attribués au GRAFISM (+ CH Rouvray) pour réaliser ses missions.

2012	2013	2014	2015
195 734 €	140 749 €	172 130 €	173 934 €

2012 : création du GRAFISM (passage de relais du CH du Rouvray à l'association) : un fond de roulement de démarrage est inclus.

1.1.4 OBJECTIF D'EVALUATION DES DISPOSITIFS ET DES ACTIONS FINANCES PAR L'ARS

Six évaluations externes ont été financées par l'ARS et ont permis d'adapter les interventions :

- Un état des lieux des actions de promotion de la santé dans les foyers de travailleurs migrants par l'Ireps en mai 2012 et un mémoire d'étude réalisé par une stagiaire IASS complémentaire ont conduit à la modification du référentiel régional en partenariat avec les deux départements, la DRJSCS et les DDCS, ainsi que les associations intervenant dans les structures concernées,
- Missions recentralisées : l'évaluation conduite en 2013 a conduit à élaborer un plan d'actions pour améliorer le maillage territorial, la qualité des interventions (actualisation des référentiels) et l'évolution des modalités de financement. Cette évaluation a également permis de préparer les acteurs et les établissements à la fusion CDAG / CIDDIST qui sera effective en 2016,
- Dispositif APSP (activités d'accompagnement des personnes en souffrance psychosociale) de Haute-Normandie : l'évaluation conduite en 2012 a abouti à la modification du référentiel en partenariat avec le Département de Seine-Maritime et évolution du maillage territorial pour assurer une meilleure couverture (mais pas de travail commun avec le Département de l'Eure),
- Réseaux locaux de promotion de la santé : l'évaluation menée en 2014 a permis la modification de la charte des RLPS avec co-signature Région, Départements, DDCS et ARS et accompagnement formatif des coordonnateurs pour la mise en œuvre des objectifs de la charte en particulier sur les parcours de santé,
- Association Anpaa : modification en cours de la contractualisation pluriannuelle sur la base des recommandations du rapport d'évaluation.
- Dépistages organisés des cancers : évaluation en cours.

Le coût de ces évaluations s'élève à plus de 200 000 € sur 3 ans soit environ 1,2 % des crédits de santé publique chaque année.

En parallèle, depuis 2013, 12 évaluations de projets financés par les crédits de santé publique ont été réalisées en interne par le pôle PPS mais restent de qualité inégale. Une formation de l'ensemble des agents du pôle sur l'évaluation en prévention promotion de la santé réalisée en janvier 2014 par l'EHESP a permis d'affiner la méthode d'intervention.

1.2 NIVEAU DE COORDINATION

1.2.1 OBJECTIF D'ANIMATION DE LA TERRITORIALISATION PAR LE POLE PPS

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.

1.2.2 OBJECTIF D'EVOLUTION DES RLPS ET ASV

Le SRP prévoyait d'une part l'évolution de la couverture territoriale et d'autre part l'évolution des missions des RLPS.

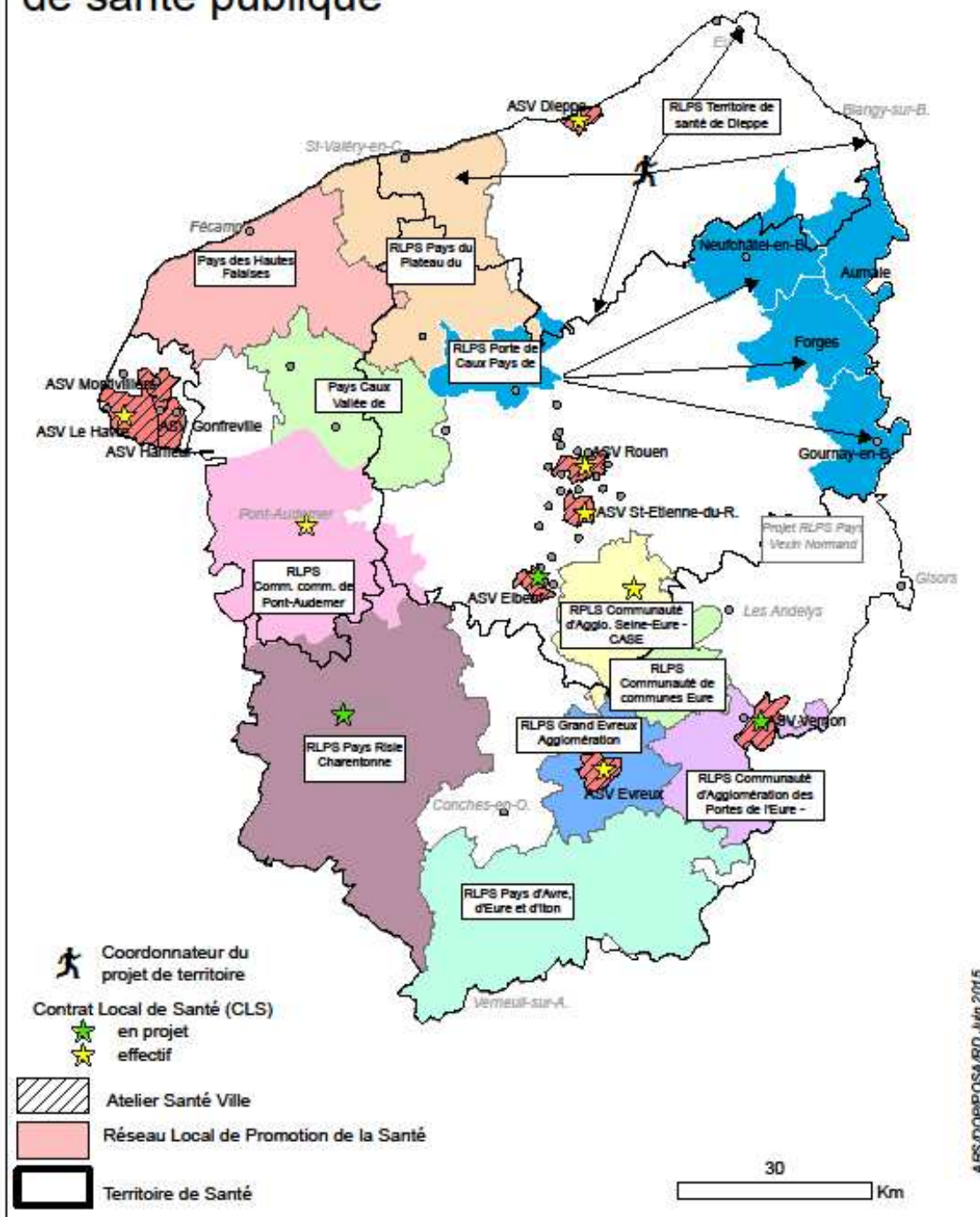
1.2.2.1 LA COUVERTURE TERRITORIALE

Le maillage du territoire régional 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,
- l'expérimentation de l'extension sur Neufchâtel,
- la création en cours d'un RLPS sur le pays Vexin normand

Par contre, la question du RLPS d'Yvetot, installé sur trois territoires de santé n'a pas évolué.

Territorialisation de la politique de santé publique



Financements consacrés aux RLPS - ASV

2012	2013	2014	2015 (prévisionnel)
420 385 €	428 290 €	354 251 €	423 741 €

Un engagement croissant sur le dispositif mais des baisses constatées qui correspondent à des minoration (postes vacants en particulier).

1.2.2.2 L'EVOLUTION DES MISSIONS DES RLPS

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...).

Les thèmes suivants ont été abordés depuis la mise en place du SRP :

1^{er} juin 2012	Présentation de l'outil OSCAR
30 juin 2012	Réunion de travail entre coordonnateurs des RLPS/ASV et médecins du pôle libéral de santé (actions à mettre en œuvre localement pour répondre aux priorités du SRP).
27 septembre 2012	Présentation du cahier des charges de l'évaluation des RLPS
9 novembre 2012	Les dispositifs de la Carsat Point sur les actions de l'association GRAFISM Présentation du plan environnemental
17 octobre 2012	Rencontre coordonnateurs des RLPS-ASV et les animateurs des BEF Point sur les actions nutrition : URIOPS et passerelles infos
11 février 2013	Les ateliers cuisine précarité par l'Ireps Le sport santé bien être L'éducation thérapeutique du patient
29 mars 2013	Présentation du SROMS handicap Présentation de la démarche qualité
14 mai 2013	Présentation du Praps Présentation des Pass
18 juin 2013	Les nouveautés du calendrier vaccinal 2013 Point sur le projet compétences psychosociales de Neufchâtel et Val de Reuil
9 juillet 2013	Présentation des contrats locaux de santé Présentation du cadre régional de prévention en addictologie
20 septembre 2013	Bilan intermédiaire de l'évaluation et ateliers prospectifs
11 octobre 2013	Point sur l'outil OSCAR Présentation du COREVIH et de la formation VIH Présentation de la convention ARS/Rectorat, ARS/PJJ
29 novembre 2013	Rencontre entre les RLPS/ASV, réseaux de santé et maisons de santé pluridisciplinaires.
Rédaction du référentiel avec des représentants des RLPS et des ASV	
9 avril 2014	Présentation du mouvement sportif de Haute Normandie et déclinaison des actions au niveau des territoires Présentation des travaux menés sur le thème de la nutrition par une stagiaire du pôle PPS en master santé publique.
3 juin 2014	Présentation de l'offre de soins de ville Présentation du parcours de vie et de santé des personnes âgées fragiles
5 novembre 2014	Formation sur les parcours de santé
24 novembre 2014	Intervention sur les priorités en santé environnementale Présentation sur les projets mobilité de l'AREHN Présentation du projet « jeunes parents environnement » par la Mutualité 76
16 décembre 2014	Formation sur les parcours de santé

1.2.3 OBJECTIF DE REDEFINITION DES MISSIONS DU POLE LIBERAL DE SANTE PUBLIQUE (PLSP)

Malgré un recentrage des missions du PLSP en 2012, des difficultés ont été rencontrées pour la participation effective des médecins libéraux concernant les thématiques prioritaires de santé publique et l'accompagnement des coordonnateurs de RLPS et ASV dans les territoires.

Ce constat va conduire l'ARS à mettre fin au dispositif en tant que tel en 2015 mais une réflexion est en cours avec la fédération des Unions régionales des professionnels de Santé (URPS) pour formuler de nouvelles propositions d'association des professionnels de santé libéraux à la mise en œuvre de la politique régionale de santé.

1.3 NIVEAU OPERATIONNEL

1.3.1 OBJECTIF D’AFFIRMATION DU ROLE DES PROFESSIONNELS DE SOINS DE PREMIER RECOURS

L'atteinte de cet objectif est limitée en raison d'une part du contexte démographique des médecins libéraux et d'autre part du fait de l'existence d'un petit nombre de structures collaboratives effectives en région. Si ces structures s'appuient sur des projets de soins et en particulier d'organisation pour répondre aux difficultés rencontrées par les professionnels de santé au quotidien, elles ont très peu développé les actions de prévention-promotion de la santé. Seule l'éducation thérapeutique du patient recueille un écho plus favorable auprès des équipes mais son développement reste difficile en l'absence de financement dédié à cette activité.

La dimension PPS a été intégrée dans la formation des praticiens territoriaux de médecine générale. Ce sont douze médecins qui ont été sensibilisés par l'Ireps qui a organisé une formation de deux jours intitulée «De la démarche à la posture éducative : sensibilisation à l'entretien motivationnel». Un kit documentaire a été constitué et remis par le guichet unique installation à chaque praticien.

1.3.2 OBJECTIF D’AMELIORATION DE LA QUALITE DES ACTIONS

1.3.2.1 LA FORMATION ET LA DIFFUSION DES REFERENTIELS

L'Ireps et le PRC sont les acteurs ressources de la région et les coordonnateurs de RLPS et d'ASV assurent la diffusion des actions de formation et des référentiels dans leurs territoires.

Une offre de formation régionale organisée par l'Ireps permet de développer une culture de promotion de la santé. Les formations proposées couvrent à la fois les champs de l'éducation pour la santé, l'éducation thérapeutique du patient, la promotion de la santé, la politique de santé ou la démarche de projet qui se décline en formation initiale ou continue sur les modules de base suivants :

- Etre acteurs en santé, concepts et méthodes
- La politique régionale en matière de promotion de la santé
- Questionnaire, entretien, observation : des outils au service de l'action en santé
- Penser et mettre en œuvre l'évaluation d'une action de santé
- Intervenir individuellement et/ou collectivement sur les questions de santé
- La méthodologie de projet
- Etre acteur en santé dans une structure du champ du handicap
- Les compétences psychosociales et l'estime de soi
- L'éducation thérapeutique du patient (formation certifiante de 42h/ formation de sensibilisation)
- L'entretien motivationnel.

A ces thématiques généralistes, s'ajoute un ensemble de formations thématiques, développées avec les partenaires régionaux notamment sur la nutrition, la santé communautaire, la vie affective et sexuelle, les addictions...

Cette offre de formation peut également être organisée « à la carte » en fonction des besoins des territoires et en partenariat très étroit avec les RLPS-ASV.

Une offre de formation peut également être organisée « à la carte » en fonction des besoins des territoires. Depuis 2012, les formations suivantes ont été organisées dans les territoires suivants :

	2012	2013	2014
RLPS du grand Evreux Agglomération	« Etre personne relais en prévention et dépistage du VIH, hépatites et IST »		
RLPS de la CAPE et ASV de Vernon	« Le Théâtre Forum et la technique du jeu de rôle comme outil d'animation de projet »		
RLPS du Pays Risle-Estuaire / Risle-Charentonne	« Régulation des conflits : faire face à l'agressivité de l'usager »		
RLPS du Pays d'Eure d'Avre et d'Iton	« Les risques psychosociaux chez les professionnels »	« Les compétences Psychosociales et l'estime de soi »	« Les compétences Psychosociales et l'estime de soi » « l'alimentation »
ASV de la CODAH		« Les compétences psychosociales et l'estime de soi »	« Vie affective et sexuelle »
ASV du territoire Elbeuvien		« Devenir personne-relais : dépistage et prévention du VIH, des hépatites et des IST, une approche interculturelle » « Grossesses précoces »	
Canton de Duclair		« Les grossesses précoces »	
CLS de Saint Etienne du Rouvray		« Les compétences psychosociales et l'estime de soi »	
RLPS de la Région dieppoise	« Les grossesses précoces »		« Les addictions sans produit : de la réalité des conduites » « La méthodologie de projet »
RLPS du Pays du plateau Caux-Maritime			« Les compétences psychosociales et l'estime de soi »
RLPS du Pays Caux vallée de Seine			« Sexualité, contraception, IST et Sida »
Territoire de Neufchâtel en Bray	« Les compétences psychosociales et l'estime de soi »		
ASV de Rouen			« Les compétences psychosociales et l'estime de soi »
RLPS de la CASE			« Accompagnement des acteurs de la communauté éducative à la parentalité »

1.3.2.2 LES DEMARCHES D'AUTO-EVALUATION ET D'AMELIORATION DE LA QUALITE

La promotion de la démarche d'auto-évaluation et plus généralement de la démarche qualité a été animée par le pôle régional de compétence (PRC).

Des sessions formatives autour du « Guide d'autoévaluation des actions en promotion de la santé » de l'INPES ont été mises en place. Des formations de personnes relais ont été réalisées par l'Ireps et Aides.

Les RLPS et ASV se sont engagés dans l'élaboration d'un référentiel qualité adapté aux pratiques des coordonnateurs des réseaux locaux de promotion de la santé et/ou Ateliers santé ville. Il s'adresse aux RLPS-ASV de Haute-Normandie mais pourrait également concerner d'autres types de coordination de réseau et propose une série de critères de qualité établie sur la base du référentiel qualité FNES et du guide INPES.

Une démarche d'accompagnement des acteurs des addictions membres du PRC a également été engagée et a leur a permis d'échanger sur leurs pratiques au sein de leurs services prévention-formation. Ces temps d'échanges de pratiques ont permis de formaliser un outil de communication commun sur les offres de services qu'ils pouvaient offrir aux acteurs des territoires de la région.

En 2014, quatre structures ou regroupement d'acteurs ont fait appel au service du PRC pour les accompagner dans la mise en œuvre de leur démarche qualité :

- Les acteurs du champ des addictions membres du PRC : les directeurs des structures ont travaillé à la détermination d'un coût commun d'intervention sur les différents territoires de Haute-Normandie. Ces échanges ont permis la production d'un document de synthèse qui fait aujourd'hui référence pour ces structures. En complément de ces travaux avec les directeurs des structures, des temps ont été proposés aux professionnels des services « prévention-formation » afin d'échanger sur leurs pratiques au sein de leurs services et d'engager une réflexion sur des procédures et des outils communs ;
- La Communauté d'agglomération Seine Eure (CASE) : via les dossiers de demande de subvention, volonté de faire monter en compétence les acteurs du territoire, promoteurs d'action de santé, tout en les inscrivant dans une démarche de progrès continue et inscrite dans la durée. Plusieurs temps de réunion ont été nécessaires courant 2014 pour définir les méthodes qui vont être proposées à partir de 2015 aux acteurs locaux. Le choix, qui a toutefois été fait, est celui de la construction de documents « ressources » (ex. document de suivi des partenariats de projet, incitation à davantage de lectures d'articles scientifiques pour nourrir sa pratique, document de suivi des différentes étapes du projet avec incitation à l'évaluation de processus...) permettant aux acteurs de pointer les axes d'amélioration progressifs dans la construction de leurs projets de santé ;
- Le Réseau Local de Promotion de la Santé du pays d'Avre, d'Eure et d'Iton : plusieurs rencontres ont eu lieu entre le coordinateur du Réseau Local et les partenaires clefs de son territoire pour analyser plusieurs axes du guide. La démarche est actuellement en cours, l'Ireps accompagne le coordinateur dans les rencontres avec les partenaires ;
- Le centre social « L'espace des deux Rives » de Pitre/Le Manoir : Il a été relancé la démarche qualité après une année de pause sur ce sujet. En effet, en 2013 l'Ireps et Aides étaient intervenus auprès des salariés et membres du bureau du centre social. Au terme de cette formation, il était envisagé d'initier la démarche au sein de la structure. Pour des raisons conjoncturelles, cette démarche n'a pu démarrer en 2013, mais elle a été relancée en fin d'année 2014. Ainsi, des temps de rencontre ont eu lieu afin de réfléchir aux méthodes et démarches à envisager pour la mise en place de la DQ au sein du centre social à partir de la rentrée de 2015. Il est ainsi prévu de proposer un temps de formation/sensibilisation auprès des équipes et du bureau de la structure, car celles-ci ont changé depuis la formation de 2013, suivi de travaux par groupes en s'appuyant sur des axes spécifiques du guide de l'INPES.

1.3.2.3 OSCARS

Afin d'améliorer la connaissance par les acteurs des actions réalisées en région, une application appelée « OSCARS » a été mise en place et permet de décrire les actions financées par l'ARS dans les territoires, en direction des différentes populations cibles et sur les différentes thématiques de santé.

Son alimentation a été assez difficile en raison de la nécessité de ressaisir l'ensemble des informations dans l'application. En 2015, une évolution du dispositif a été réalisée de manière à permettre une alimentation directement par les promoteurs d'actions après validation par l'ARS et à faire figurer davantage les éléments d'évaluation des actions.

Le site est consultable à l'adresse suivante : <http://www.oscarsante.org/>.

1.3.2.4 LA MODELISATION D'ACTIONS

La nécessité de renforcer l'efficacité des actions de PPS suppose de recourir davantage aux interventions probantes et de renforcer le volet évaluation des projets.

En 2014, les agents du pôle PPS de l'ARS et de l'Ireps ont bénéficié d'une formation sur les données probantes en promotion de la santé et en mars 2015 un séminaire associant les acteurs doit permettre d'identifier les modalités d'accompagnement des acteurs et décideurs pour favoriser l'utilisation des données probantes : formation et accompagnement à l'implémentation.

L'association des équipes normandes de recherche est également recherchée. Des rencontres sont en cours avec ces équipes pour définir les modalités possibles de collaboration.

1.3.2.5 LA CONTRACTUALISATION PLURIANNUELLE

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 700K€ par an.

II. BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DES PRIORITES

Le schéma régional de prévention de Haute-Normandie privilégie :

- une approche populationnelle : il s'agit de développer et adapter les actions sur les déterminants de santé aux différents âges ou situations de la vie ;
- le soutien aux dispositifs majeurs de prévention médicalisée que sont les dépistages, vaccination et éducation thérapeutique du patient.

2.1 OBJECTIF D'INSCRIPTION DE LA PREVENTION PROMOTION DE LA SANTE TOUT AU LONG DE LA VIE

2.1.1 PERINATALITE ET PETITE ENFANCE

2.1.1.1 RAPPEL DE LA SITUATION REGIONALE (cf. annexe 1)

- **Evolution des grossesses précoces**

Le nombre haut-normand de naissances de mères de 12 à 17 ans est de 167, soit un taux de fécondité de 2,4 pour 1000 femmes de 12 à 17 ans contre 1,9 pour la France hexagonale (5ème rang hexagonal). Les quatre territoires de santé sont au-dessus de la moyenne nationale mais les territoires les plus concernés sont le territoire de santé du Havre (2,9) et le territoire de santé de Dieppe (2,7).

- **Evolution des IVG**

Le taux de recours à l'IVG est moins important qu'au niveau national pour l'ensemble des femmes et proche du niveau national pour les mineures mais en baisse en 2013 (plus important en Seine-Maritime). Les taux sont relativement stables. La Haute-Normandie se caractérise par un recours aux IVG médicamenteuses en-dessous de celui de la France hexagonale (notamment en établissement).

- **Consommation d'alcool pendant la grossesse**

En 2008, 11% des haut-normandes disaient avoir consommé de l'alcool pendant leur grossesse (enquête ORS). Aucune donnée régionale plus récente n'est disponible.

En France, l'expertise collective de l'Inserm « Alcool, effets sur la santé », publiée en 2001, estime que 700 à 3 000 enfants, sur les 750 000 naissances annuelles, seraient concernés par un SAF grave, avec une incidence plus élevée sur l'île de la Réunion, dans le Nord-Pas-de-Calais, en Normandie et en Bretagne, ce que confirme l'enquête InVs de 2006-2008¹.

- **Suivi des grossesses**

En 2012, une enquête, permettant d'estimer la pratique de l'entretien prénatal précoce (EPP) a été organisée par des réseaux de santé en périnatalité (RSP). Cette étude a mis en évidence un taux brut d'EPP en Haute-Normandie de 43,5% contre 41,1 % en France.

¹ Bloch J., Cans C., De Vigan C., de Brosset L., Doray B., Larroque B., Perthuis I., « Faisabilité de la surveillance du syndrome d'alcoolisation foetale, France, 2006-2008 », in *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 10-11, 10 mars 2009

- **Allaitement maternel**

Les taux d'allaitement au sein à la naissance sont significativement plus bas dans les départements de Haute-Normandie que dans la France entière (2010, 2011, 2012). Ainsi, alors que le taux d'allaitement au sein à la naissance est de 57 % en 2010 et 2011 pour la France entière, il est compris entre 38 et 41 % sur la même période pour l'Eure, et entre 47 et 48 % pour la Seine-Maritime.

2.1.1.2 BILAN DE LA STRATEGIE MISE EN ŒUVRE : BONNES PRATIQUES, LEVIERS / DIFFICULTES

Pour la période pré-conceptionnelle, la stratégie régionale vise prioritairement les publics jeunes par l'amélioration de l'accès à la contraception et l'éducation à la vie affective et sexuelle (en lien avec le développement des compétences psycho-sociales).

Pour la période de la grossesse, il s'agit de mobiliser et d'articuler les acteurs qui interviennent dans le suivi de la femme enceinte : généralisation de l'entretien prénatal précoce (ou entretien du 4ème mois de grossesse), promotion de l'allaitement maternel, prévention des expositions dangereuses (au travail et à domicile), prévention des addictions de la femme enceinte et de son entourage (prioritairement alcool et tabac).

En matière de petite enfance, un enjeu d'observation de la santé des enfants est posé. La stratégie régionale s'appuie d'une part sur le développement des compétences psychosociales et d'autre part sur l'amélioration des dépistages précoces et des couvertures vaccinales.

2.1.1.3 ACTIONS MISES EN ŒUVRE

Une permanence téléphonique régionale contraception IVG a été confiée dans un premier temps au CIDFF puis depuis 2013 au Planning Familial 76 ;

Le groupe de travail « Orthogénie-Contraception », mis en place par le groupe périnatalité Haute-Normandie, a communiqué à l'ARS le développement du projet FRIDA (Favoriser la Réduction des Inégalités D'accès à l'Avortement) en Ile-de-France et souhaiterait la mise en place d'un tel projet en Haute-Normandie. Une commission associant l'ARS va être créée sur cette thématique.

Depuis fin 2014, la Région a lancé un Pass santé pour favoriser l'accès des jeunes à la contraception.

De nombreuses actions de prévention des grossesses précoces et d'éducation à la vie affective et sexuelle sont d'une part soutenues dans le cadre de la contractualisation et des financements de l'appel à projets annuel et d'autre part inscrites dans les contrats locaux de santé. Dans la quasi-totalité des cas, il s'agit d'actions en faveur des jeunes (cf 2-1-2-3).

Enjeu régional de santé publique, les Troubles causés par l'alcoolisation fœtale (TCAF) ont fait l'objet d'une communication régulière de l'ARS à l'occasion de la journée mondiale du 9 septembre, ponctuant ainsi les mobilisations de long court :

- Poursuite des actions de prévention engagées en Haute-Normandie par les acteurs hospitaliers, associatifs et institutionnel (notamment les Départements de l'Eure et de la Seine-Maritime) en matière de formation des acteurs entourant la femme enceinte (par exemple par l'ANPAA en décembre 2014), de sensibilisation et de proposition d'accompagnement des femmes enceintes et de leur entourage (notamment en maternité ou dans les services de PMI) ;
- Groupe de travail commun aux réseaux de santé périnatalité et addictologie sur la prévention et la prise en charge des TCAF (en cours) ;

Concernant la protection de la mère et de l'enfant pendant la grossesse : de nombreuses études montrent la plus grande vulnérabilité des femmes enceintes et jeunes enfants aux polluants cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques avec des expositions domestiques diverses : alimentation, air intérieur, produits ménagers, cosmétiques, etc. Avec la Direccte, la Mutualité Française, plusieurs actions de sensibilisation (2 supports à plus de 20000 exemplaires) et de formation (2 sessions de 3 demi-journées en 2015) ont visé les professionnels de santé de périnatalité d'une part et les femmes enceintes (ateliers dans territoires prioritaires) d'autre part.

En matière d'allaitement, peu de projets ont été déposés à l'ARS et ne couvraient pas la population la plus vulnérable. Une étude confiée à une stagiaire de master santé publique en 2015 a permis de mieux cerner la question des inégalités sociales de santé.

Un axe majeur de la politique régionale de prévention s'appuie sur le développement des compétences psycho-sociales (cf 2.1.2).

L'effort en faveur d'une meilleure couverture vaccinale des enfants est poursuivi (cf 2.2.1)

2.1.1.4 RESTE A REALISER

Un axe majeur du schéma en matière d'**observation de la santé des enfants** reste à consolider : le déploiement du dispositif d'observation porté par l'OR2S doit permettre à la région de mieux connaître et mieux analyser les principaux indicateurs. C'est notamment le cas dans le cadre de la plateforme régionale qui permettra de mobiliser les ressources d'autres partenaires (départements, éducation nationale notamment).

En matière d'accès à la **contraception et à l'IVG**, il est indispensable de soutenir l'effort d'information et de sensibilisation auprès des usagers et des professionnels. Un travail de communication renouvelé et plus large doit être mené. L'ARS est en attente de connaître les modalités concrètes de déploiement des orientations nationales qui prévoient la création d'un numéro national unique. La diffusion et l'appropriation du référentiel d'intervention en matière de vie affective et sexuelle ainsi que la poursuite de la coordination des acteurs sont des axes prioritaires de travail pour les prochaines années. Le groupe de travail orthogénie-contraception piloté par le réseau périnatalité propose l'inscription de la région haut-normande sur le site IVGlesadresses, lancé par le REVHO, permettant aux femmes de trouver les coordonnées des lieux où réaliser une IVG en fonction des différentes méthodes possibles. Il souhaite de même réunir tous les responsables des centres réalisant des IVG pour mettre en place une politique de déclaration des événements inattendus graves (EIG) ayant trait à l'IVG en reprenant ce qui a été mis en place dans le réseau des Pays-de-Loire. L'ARS serait alors sollicitée pour un appui. Enfin, le GT souhaite récupérer et centraliser sur le site haut-normand du réseau périnatalité les statistiques d'activités de l'orthogénie dans la région.

En matière de **promotion de l'allaitement maternel**, l'analyse menée dans le cadre de son mémoire de master de santé publique par une stagiaire du pôle PPS en 2015 va permettre d'élaborer un plan d'actions régional.

L'étude sur l'entretien prénatal précoce (EPP) de 2012 va être complétée.

En matière de **pratiques addictives**, les conclusions du groupe de travail commun aux réseaux de santé périnatalité et addictologie, une fois finalisées, permettront la mise en œuvre d'un programme d'action, en apportant une attention particulière au lien entre actions de prévention et dispositifs d'accompagnement.

Un programme de **Soutien aux Familles et à la Parentalité (SFP)** va être déployé en région, sur 3 villes pilotes dans un premier temps (Pont-Audemer, Rouen et Evreux). Il s'agit d'un programme d'acquisition de compétences familiales, qui se déroule dans un cadre de bienveillance et de bientraitance à l'égard des parents. Il s'adresse aux familles ayant des enfants âgés de 6 à 11 ans.

Il s'inscrit dans le cadre de la promotion de la santé mentale, dont l'objectif princeps est de rendre chaque individu acteur de sa santé et de son développement. Il a pour but la valorisation des compétences parentales, et part du postulat que ces compétences existent dans chaque famille. Le programme va les révéler et/ou les renforcer.

Les objectifs sont les suivants :

- améliorer les relations dans la famille
- renforcer les compétences parentales
- améliorer le comportement de l'enfant
- améliorer les compétences psychosociales de l'enfant
- prévenir ou réduire la consommation de produits psycho-actifs

Pour les dépistages précoces des troubles des apprentissages voir bilan du SROMS.

2.1.2 ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES

2.1.2.1 SITUATION REGIONALE

Même si on enregistre une tendance à la baisse pendant la dernière décennie, les premières causes de mortalité des jeunes restent les accidents (notamment les accidents de la route) et les suicides, particulièrement chez les jeunes hommes. Le département de l'Eure est le département le plus concerné.

En matière d'addictions, les niveaux de consommations déclarés à 17 ans (OFDT, enquête ESCAPAD), apparaissent légèrement inférieurs aux moyennes nationales, tout en suivant leurs évolutions :

- usage régulier de cannabis : 7% des jeunes haut-normands (+3 point sur 2011/2014) contre 9% en France (+3 point sur 2011/2014) ;
- usage régulier d'alcool : 8% (+1 point sur 2011/2014) contre 12% en France (+1 point) ;
- ivresses alcooliques répétées : 18% (-3 points sur 2011/2014) contre 25% en France (-3 points sur 2011/2014) ;
- usage régulier de tabac : 29% (- 5 points sur 2011/2014) contre 32% en France (+ 1 point).

L'ORS puis l'OR2S ont conduit une enquête INDicateur de Suivi en Santé (Indiss) auprès des élèves de 5^{ème} et de seconde au cours de l'année scolaire 2012-2013 afin d'apporter des connaissances complémentaires sur l'état de santé des jeunes scolarisés en Haute-Normandie :

L'enquête montre des indicateurs de santé mentale plus détériorés en seconde qu'en cinquième, notamment en termes de consommation de substances psychoactives (les expérimentations se développent entre la classe de 5^{ème} et de seconde) et de pratiques alimentaires. De façon quasi systématique, les indicateurs sont plus défavorables pour les jeunes scolarisés en seconde professionnelle et l'état de santé semble globalement plus défavorable dans l'Eure qu'en Seine-Maritime.

2.1.2.2 BILAN DE LA STRATEGIE MISE EN ŒUVRE : BONNES PRATIQUES, LEVIERS / DIFFICULTES

La stratégie mise en œuvre par l'ARS repose sur une approche globale de la santé des jeunes et non plus seulement sur une approche par thématique de santé. L'ensemble des déterminants de la santé des jeunes sont interrogés : milieux de vie et déterminants personnels et habitudes de vie.

Cette approche suppose la mobilisation d'un très grand nombre d'acteurs en région et dans les territoires.

Au niveau régional, les conventions de partenariat signées avec l'Education nationale, la PJJ (bientôt avec l'aide sociale à l'enfance et l'association des missions locales) encadrent les principes d'intervention et permettent la mise en œuvre de programmes d'actions conjoints cohérents.

Un comité de pilotage santé des jeunes associant les membres de la commission de coordination pilote la déclinaison de ces programmes. La participation des partenaires institutionnels est effective et dynamique. A ce jour, 10 réunions du comité technique ont été organisées et ont porté sur :

- vie affective et sexuelle : état des lieux des actions menées dans les établissements scolaires et méthodologie d'intervention commune (rédaction d'un référentiel).
- les addictions : réalisation d'une enquête auprès des infirmiers scolaires et des CSAPA sur les actions menées dans les établissements scolaires.
- parentalité : échange sur les actions menées par les CAF

La stratégie territoriale repose sur la coordination des acteurs dans les territoires pour proposer des projets d'éducation pour la santé inter-établissements, en particulier dans les bassins d'éducation et de formation identifiés comme prioritaires. Il s'agit d'encourager les établissements à entrer dans un projet de santé transversal qui implique un travail en équipe pluridisciplinaire et qui associe élèves, parents, acteurs locaux et notamment les associations ayant contractualisé avec l'Éducation nationale et/ou l'Ars.

Concrètement, cela s'est traduit par :

- l'intégration d'actions dans les CLS.
- l'intégration d'un objectif d'engagement des acteurs contractualisés avec l'ARS dans ces démarches et dans les conditions d'éligibilité de l'appel à projets annuel,
- l'accompagnement des acteurs assuré par les coordonnateurs de RLPS et ASV et les coordonnateurs de bassin d'éducation et de formation (BEF). Des rencontres au niveau régional et dans les territoires de ces coordonnateurs ont été organisées pour faciliter leur travail en commun,
- les infirmières des établissements scolaires et les chefs d'établissement ont été réunis à plusieurs reprises pour les sensibiliser à la démarche de promotion de la santé des élèves les infirmières des établissements scolaires et les chefs d'établissement ont été réunis à plusieurs reprises pour les sensibiliser à la démarche de promotion de la santé des élèves

=> sur le thème de la vaccination (1 réunion par BEF en Seine Maritime et 1 réunion sur le département de l'Eure). Les interventions ont été réalisées par les centres de vaccinations de la région

=> sur le thème de la vie affective et sexuelle (4 réunions). Les interventions ont été réalisées par l'assurance maladie, le Conseil Régional (PASS santé), les Conseils Généraux (centres de planification) et l'ARS.

2.1.2.3 ACTIONS MISES EN ŒUVRE ET PERSPECTIVES

- **Renforcement de l'observation de la santé**

Dans le cadre leur convention, le Rectorat et l'Ars se sont engagés à recueillir, échanger et analyser les données relatives à l'état de santé des enfants scolarisés pour déterminer les indicateurs régionaux et territoriaux nécessaires au pilotage de la politique régionale de promotion de la santé des élèves. Dans ce cadre, une enquête en milieu scolaire (5^{ème} et 2de) et dans les missions locales a été réalisée en 2013 par l'ORS HN et reprise en 2014 par l'OR2S. Elle fait l'objet actuellement de publications permettant d'une part de mieux comprendre les comportements et perception de leur santé des jeunes et de disposer d'informations quantitatives transmises par les infirmières scolaires. Cette enquête sera réalisée dans la durée de manière à apprécier l'évolution des résultats au regard des actions engagées en région. En 2015 un groupe de travail s'est mis en place au sein de la plateforme régionale d'observation sanitaire et sociale dont la mission est de dresser un état des lieux portant sur les jeunes en insertion.

- **Sensibilisation et formation de l'ensemble des personnels des établissements scolaires à la promotion de la santé**

Afin de permettre à un plus grand nombre de professionnels de l'Education nationale de disposer de compétences en éducation pour la santé de manière à favoriser leur implication dans l'élaboration des projets et la mise en œuvre des actions dans leurs établissements, des actions ont été réalisées sur les thèmes suivants : addictions, formation vie affective et sexuelle à destination des professionnels en contact avec les jeunes.

- **Développement des compétences psychosociales**

L'ARS de Haute-Normandie a fait du développement des CPS pour les enfants et adolescents, dans le cadre de projets inter-établissement (école-collège-lycée), une priorité. L'Education Nationale considère également ces compétences comme un élément fort de l'éducation. Le socle commun de connaissances et compétences (décret du 11 juillet 2006) met en exergue l'importance des « compétences sociales et civiques » ainsi que « l'autonomie et l'initiative ».

En effet, en favorisant la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne, les CPS permettent de maintenir un état de bien être mental et favorisent l'adoption de comportements adaptés face aux situations de la vie courante.

Le site de Neufchâtel en Bray a expérimenté la démarche de mobilisation de la communauté éducative (temps scolaire et hors temps scolaire) sur cette question. Les premiers résultats de cette expérimentation montrent que la réussite d'un projet de cette ampleur repose sur différents critères :

- un chef de projet qui coordonne et porte la dynamique tout au long du projet : véritable professionnel de proximité, c'est sa connaissance et sa légitimité par le réseau qui ont décidé les participants à s'engager dans la dynamique, s'y investir et poursuivre le travail après la fin de l'expérimentation,
- l'engagement volontaire des participants pour réussir son inscription dans la durée,
- le soutien institutionnel permettant la mobilisation effective des participants,
- l'implication de l'ensemble de la communauté dans un souci de cohérence dans les pratiques et dans les démarches éducatives,
- la formation des équipes sur site,
- l'accompagnement méthodologique.

Un des résultats les plus encourageant et significatif de la réussite de ce projet sur un des sites est la réécriture du projet du CESC inter-établissement qui intègre le développement des CPS sur chacune des actions. Ce projet s'ancrant dans un territoire déjà en mouvement, l'expérimentation a renforcé la dynamique partenariale existante. L'inscription des CPS dans les projets nous permet d'autre part d'espérer une pérennité autour de cette thématique.

Depuis 2011, l'effort de formation et d'accompagnement des projets est le suivant :

	nombre de personnes formées par l'IREPS	nombre de projets soutenus et territoires couverts
2011	41	
2012	47	23 actions
2013	130	39 actions
2014	147 + 174 dans le cadre d'un séminaire	21 actions
2015	38	

- **Promotion de la santé mentale**

De nombreuses formations relatives à la prévention du suicide ont été mise en œuvre (cf. bilan Grafism supra). Plusieurs stages ont concerné les conduites suicidaires chez les adolescents pour les professionnels travaillant avec ces publics, notamment ceux de la PJJ et de l'Education nationale (8 formations en 2013 et 2014).

- **Actions visant à diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité**

Les programmes d'actions ARS/EN et ARS/PJJ ont priorisé cette thématique ainsi que la promotion de l'utilisation des outils de référence en éducation nutritionnelle.

Le comité de pilotage PNNS a été remis en place et intègre l'intervention précoce en matière de prévention de l'obésité comme une priorité.

Un travail de structuration est en cours avec les différents acteurs :

- groupe de travail émanant du COPIL PNNS autour de la prévention et du dépistage précoce de l'obésité,
- groupe de travail émanant de la filière obésité et du CSO sur le parcours de prise en charge de l'enfant en surpoids ou obèse,
- groupe de travail inter UTEP pour la mise en place d'un programme régional « ETP de la personne obèse ou en surpoids » qui sera décliné sur les 4 territoires de santé. Ce programme sera disponible en ville et à l'hôpital,
- groupe de travail « santé des jeunes » au sein duquel la thématique nutrition et activité physique va faire l'objet de présentations régulières de l'avancée des travaux.

Une synthèse des travaux de l'ensemble de ces groupes permettra d'arrêter un programme régional prenant en compte le surpoids et l'obésité dans toutes ses dimensions : prévention, dépistage, prise en charge.

Des actions ont également été réalisées dans le cadre des contrats locaux de santé (CLS), portant notamment sur la qualité de la restauration collective (ex : CLS Saint-Etienne du Rouvray...) ou l'engagement de la ville sur un processus de labellisation ville active PNNS (ex : CLS de Pont-Audemer).

Le REPOP Haute-Normandie, acteur important de la prévention du surpoids chez les jeunes a connu des difficultés de fonctionnement qui ont conduit à la réalisation d'un audit et de négociations qui n'ont pu aboutir. Il a cessé son activité en 2014 et un nouveau projet devrait voir le jour en 2015.

- **Développement de l'éducation affective et sexuelle**

Cette priorité est intégrée dans les programmes d'actions ARS/EN et ARS/PJJ.

Les actions transversales d'éducation à la vie affective et sexuelle et à la prévention des grossesses précoces ont été soutenues par l'ARS :

- dans le cadre de la contractualisation (exemple : association l'Abri dans le territoire de santé d'Evreux-Vernon ou le Planning familial sur le ter),
- dans le cadre de l'appel à projets (exemples : actions menées par la MJC de Lillebonne sur le territoire de santé du Havre, par Café Crème théâtre sur le territoire de santé de Dieppe, par Just Kiff Dancing, dans des établissements scolaires de Rouen-Elbeuf, actions financées dans deux établissements accueillant des jeunes en situation de handicap...).

Les deux départements de l'Eure et de la Seine-Maritime interviennent également dans le cadre de leurs centres de planification et d'éducation familiale, et dans le cadre des CDAG-DIDDIST en ce qui concerne la Seine-Maritime.

Cette thématique est reprise dans cinq des sept CLS signés :

- CLS de la CASE : actions en direction des jeunes, formation de la communauté éducative et sensibilisation des parents sur les grossesses précoces,
- CLS de la CODAH : actions sur les relations garçons filles, projet d'état des lieux sur l'accès à la contraception (non réalisé),
- CLS de Dieppe : actions « vie affective et sexuelle » afin de limiter les grossesses précoces non désirées en améliorant l'utilisation et l'accès aux méthodes contraceptives,
- CLS de Rouen : coordonner les interventions de prévention et harmoniser la prise en charge tout particulièrement dans les domaines des addictions et de la vie affective et sexuelle,
- CLS d'Evreux : articulation des acteurs et amélioration de la qualité des actions d'information sur la vie affective et sexuelle des collégiens.

Les préoccupations sont donc nombreuses sur cette thématique, les modalités d'intervention et les acteurs sont nombreux également.

Pour aider les acteurs à élaborer et mettre en œuvre des projets partenariaux, une étude a été confiée en 2014 au Planning familial portant sur les modalités d'élaboration et de mise en œuvre d'un projet territorial portant sur la contraception. Ces recommandations doivent servir à l'accompagnement des acteurs dans les territoires.

En complément, dans le souci de s'assurer de la qualité des interventions auprès des jeunes, de leur cohérence dans les territoires, un travail partenarial est mené, avec l'aide méthodologique de l'IREPS pour élaborer un référentiel régional.

L'ARS s'est également impliquée dans la concertation entre la Région et les professionnels de santé concernant l'élaboration du projet PASS santé.

Chaque année, des actions de communication sur les ressources existantes et la plateforme téléphonique régionale ou la contraception d'urgence ont été réalisées (communiqués et dossiers de presse).

• **Prévention des conduites addictives**

Cette priorité régionale de santé publique a fait l'objet d'une mobilisation particulière avec l'intégration progressive des stratégies et des outils de l'ARS et de la MILDECA² (pilotée en région par le directeur de cabinet du Préfet) conclue en 2015 par la mise en place d'un appel à projet commun (2015). Ce dernier concrétisait les efforts entrepris pour :

- promouvoir les méthodologies d'intervention efficaces (notamment le travail sur les compétences psycho-sociales) auprès des acteurs de l'addictologie mais aussi des acteurs non spécialisés (avec par exemple la sensibilisation des adultes encadrants les jeunes dans les structures de loisir –partenariat entre l'ANPAA et les Francas-, ou en milieu scolaire...) ;
- soutenir l'émergence d'acteurs compétents en promotion de la santé et en prévention des addictions.

Outre le milieu scolaire, des actions diversifiées ont été financées en milieu festif (intervention coordonnée des associations de prévention lors de l'Armada 2013), auprès de jeunes en situation de handicap (interventions de Nautilus au Havre auprès de structures médico-sociales), auprès des jeunes entrant dans le monde professionnel (intervention de prévention de l'ANPAA au sein des centres de formation et d'apprentissage) ou encore des jeunes relevant de services de la justice (intervention de la Passerelle à l'EPIDE de Val-de-Reuil).

La prévention des addictions est également intégrée dans les programmes d'actions ARS / éducation nationale et ARS/PJJ ainsi que dans les contrats locaux de santé (CLS) avec par exemple :

- la structuration d'un pôle de prévention compétent en addictologie à Dieppe,
- l'appui de l'association la Boussole aux équipes de la PJJ sur le ressort judiciaire de Rouen (sensibilisation des adultes encadrants, définition des modalités d'intervention auprès des jeunes),
- la structuration de programmes d'actions en milieu scolaire dans le cadre de projets inter – établissements pour assurer la cohérence des interventions de l'école jusqu'au lycée (par exemple à Bolbec, autour du lycée Pierre et Marie Curie).

² Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

Le déploiement des consultations jeunes consommateurs a été réalisé avec le renforcement des 10 CJC existantes et la création de 5 CJC supplémentaires (Fécamp, Pont-Audemer, Gisors, Bernay, et la CJC « Caux et Bray » implantée sur 4 sites : Yvetôt, Barentin, Neufchâtel, Gournay). Ce dispositif permet de consolider le lien entre prévention et intervention précoce : expérimentée par l'ONM à Dieppe, l'intervention de la CJC auprès des équipes des établissements scolaires lors des actions de prévention a permis de renforcer la visibilité et la crédibilité du dispositif d'accompagnement et de soins (auprès des jeunes et des adultes).

Par ailleurs, les actions de réduction des risques, dans une logique de promotion de la santé, ont été soutenues, notamment avec le renforcement des 5 CAARUD (centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues) existants et la création d'un nouveau CAARUD à Dieppe (2015) :

- l'offre de matériel de réduction des risques a été développée en quantité (implantations de 4 nouveaux distributeurs/récupérateurs de seringues) et en qualité (mise en disposition de petits matériels adaptés à chaque type d'usage) ;
- outre les actions vers le public injecteur, de nouvelles actions visent d'autres milieux et d'autres usages (public socialement inséré, milieu festif hors festival : intervention de l'association la Boussole au « 106 ») et d'autres territoires (programme d'échange de seringue par voie postale porté par ADISSA pour toucher le milieu rural).

Enfin, chaque année, des actions de communication spécifiques de l'ARS ont été réalisées, notamment à l'occasion de la journée mondiale sans tabac et de la journée internationale consacrée aux troubles causés par l'alcoolisation fœtale. Un effort de communication spécifique a été entrepris pour faire connaître le rôle des CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention addictologie) et de leurs CJC (consultations jeunes consommateurs).

- **Prévention des risques auditifs**

Animé par l'ARS, un comité de pilotage régional regroupe l'Education Nationale, les collectivités locales, les opérateurs de la et définit les priorités mises en œuvre chaque année auprès des publics cibles, à savoir :

- les adolescents de la 4^{ème} à la terminale depuis 2008 (environ 15 concerts pédagogiques représentant entre 1500 et 2000 élèves par an réalisés par l'association le Kalif),
- les élèves du CM1 à la 5^{ème} depuis 2014 sous forme d'un spectacle interactif porté par l'association les passeurs d'ondes (environ 550 élèves par an),
- le grand public à l'occasion de la journée nationale de l'audition et lors de grands rassemblements (ARMADA).

- **Amélioration de la couverture vaccinale** (cf. partie 2.2.1)

2.1.2.4 RESTE A REALISER

Outre la poursuite des actions citées précédemment, les efforts doivent encore porter sur :

- **la mobilisation des établissements scolaires pour construire ensemble des projets de territoire cohérents** s'adressant aux différents âges des enfants et des jeunes reste difficile (à noter qu'une certaine amélioration est constatée dans le cadre de l'appel à projets 2015). Il faut également souligner la difficulté à faire émerger des projets en direction de la petite enfance. La mobilisation des CESC inter-établissements reste donc un enjeu fort du schéma régional de prévention ;
- **le renforcement des actions hors milieu scolaire en particulier dans le cadre des CLS.** Les actions de formation des animateurs BAFA sont également en cours de développement .
- **le développement des actions en direction des jeunes les plus fragiles ou précaires :** les partenariats engagés d'une part avec les Départements concernant les enfants et les jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et d'autre part avec l'association régionale des missions locales doivent permettre de déployer davantage d'actions en direction de ces enfants et jeunes, de manière à agir davantage sur les inégalités sociales de santé ;

- **la poursuite de la structuration d'une politique régionale coordonnée en matière de nutrition** : il s'agira essentiellement de mettre en place en 2015 les groupes de travail spécifiques dans le cadre du COPIL PNNS, soit :
 - o Groupe de travail chargé de proposer des priorités d'actions et d'autre part d'organiser les orientations vers services spécialisés (lien filière obésité),
 - o Groupe de travail sur l'observation (en particulier en matière de santé des jeunes avec l'Education Nationale),
 - o Groupe de travail sur la mobilisation des collectivités, en articulation avec le CRALIM, sur les questions de restauration collective,
 - o Groupe de travail sur l'allaitement maternel ;
- **la construction d'un plan d'actions structuré pour la santé mentale** :
 - o réflexion portant sur le cahier des charges des maisons des adolescents sera mise en place au 2ème semestre 2015
 - o actions « estime de soi » pour les jeunes suivis par la PJJ et réflexion concernant l'organisation des prises en charge concertées PJJ / maisons des adolescents /secteurs de psychiatrie.

L'enjeu demeure de développer un ensemble d'actions structurées fondées sur des données probantes ;
- **l'amélioration de l'accès à la contraception, la prévention et le dépistages des IST** : des actions visant à faciliter l'orientation et l'accès des jeunes aux dispositifs spécialisés (planning, CPEF, CDAG / CIDDIST) doivent être développées dans les territoires et le référentiel qualité des interventions doit être finalisé et déployé ;
- **concernant les addictions**, il est prévu :
 - o la structuration de 5 pôles de prévention compétents en addictologie (PPCA) permettant d'assurer la cohérence et la qualité des actions des différents acteurs ;
 - o la poursuite du travail d'identification et de diffusion des méthodologies d'intervention efficaces (données probantes), afin d'en assurer l'appropriation par les acteurs ;
 - o la poursuite de l'articulation entre acteur de l'addictologie et de la santé mentale des jeunes (notamment Consultations Jeunes Consommateurs et Maisons des Adolescents) ;
 - o la renforcement des actions de prévention des addictions dans les actions de sécurité routière à destination des jeunes (participation aux plans départementaux pilotés par la préfecture et les conseils départementaux).

2.1.3 ADULTES

2.1.3.1 SITUATION REGIONALE

La mortalité prématurée reste sensiblement supérieure au reste de la France hexagonale, toutes causes confondues (cf annexe).

- **Dépistage du cancer (cf 2.2.2.1)**
- **Dépistage des IST – VIH (cf 2.2.2.1)**
- **Addictions**

Les pratiques addictives sont un déterminant majeur de la santé de la population, intervenant dans 30% de la mortalité précoce (soit avant 65 ans) et évitable. La Haute-Normandie fait partie des régions françaises où leurs conséquences sanitaires et sociales représentent une priorité de santé publique. Elle se place par exemple au 3ème rang des régions les plus touchées par la mortalité prématurée par cancers des voies aéro-digestives supérieures et par cirrhose du foie.

Les indicateurs haut-normands de consommation restent préoccupants (données OFDT) :

- 2^{ème} région la plus concernée par l'usage régulier de cannabis avec 3.1% des 16-64 ans concernés en 2010 ;
- 2^{ème} région en terme de vente de cigarettes par habitant en 2013 (848 cigarettes par habitant contre 746 pour la France entière) ;
- 1^{ère} région métropolitaine pour la part des accidents corporels de la route où l'alcool est impliqué (18.5% contre 10.7% pour la France entière) ;

- **Nutrition (source : étude OBEPI)**

La Haute-Normandie est la 4^{ème} région la plus touchée en pourcentage par l'obésité (un adulte sur cinq, soit environ 22 000 personnes) et a connu la plus forte progression entre 2009 et 2012 (prévalence +29% versus +5% en France).

- **Suicide (données OR2S)**

En raison de la faiblesse des effectifs considérés, pour que l'indicateur soit suffisamment robuste, les données annuelles sont calculées sur des regroupements d'années. Sur la période 2008-2010, 366 haut-normands se sont suicidés en moyenne chaque année (1 suicide par jour). La Haute-Normandie présente le 8^{ème} taux de mortalité par suicide le plus important des régions de France hexagonale.

Pour les hommes, le taux de mortalité par suicide des hommes de plus de 35 ans (5^{ème} rang des régions hexagonales) en particulier pour les veufs. Pour les femmes, le taux ne diffère pas significativement du taux national mais le taux est particulièrement élevé chez les femmes de 75 ans et plus (3^{ème} rang des régions hexagonales).

2.1.3.2 BILAN DE LA STRATEGIE MISE EN ŒUVRE : BONNES PRATIQUES, LEVIERS / DIFFICULTES

Pour les adultes, la stratégie régionale repose sur la mobilisation des partenaires institutionnels et des acteurs dans quatre domaines : les dépistages, la prévention des addictions, la nutrition et la santé au travail.

La priorité est de veiller à ce que l'ensemble des plans d'actions et des projets soutenus prenne en compte la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

- **En matière de dépistage des IST et du VIH**

La stratégie est globale (prévention – conduites à risques – dépistage – traitement – accompagnement des malades), avec deux axes principaux :

- Prioriser les publics les plus touchés et veiller à réduire les inégalités sociales en matière d'accès à la prévention, au dépistage et aux soins ;
- Coordonner les interventions des acteurs, en lien avec le COREVIH.

- **En matière de dépistage des cancers : améliorer les taux de dépistage organisé**

- en cherchant à améliorer l'accès au dépistage des publics les plus éloignés (publics en situation de précarité / milieu rural...) ;
- en formant les acteurs à intervenir sur la base des données probantes.

- **En matière de santé mentale**

La stratégie régionale est déclinée dans le cadre du comité de pilotage régional de prévention du suicide et suppose une mobilisation et une coordination de l'ensemble des acteurs.

- **Concernant les addictions, la stratégie régionale :**

- prévoit l'évolution des organisations et des pratiques consécutive à l'adoption d'une approche globale (centrée sur la personne et non sur un produit ou un comportement addictif) ;
- répond à l'exigence d'une offre réellement accessible (non seulement d'un point de vue géographique, mais surtout en terme d'inscription dans le dispositif de publics sans demande spontanée et rétif à une prise en charge spécialisée) ;
- priorise les actions en fonction d'un objectif de réduction des inégalités sociales de santé (alors même que les pratiques addictives sont fortement marquées par un gradient social).
- Soutient l'existence d'un continuum d'action entre prévention, réduction des risques, accompagnements et soins afin d'articuler les interventions selon le parcours de l'usager (et non selon un parcours institutionnel fantasmé).

- **En matière de nutrition**

Il s'agit d'agir de façon plus forte sur les déterminants majeurs que sont l'alimentation et l'activité physique notamment pour réduire l'impact des maladies chroniques, dans le cadre d'un plan d'actions concerté, impliquant :

- La mobilisation d'acteurs hors du champ de la santé, notamment dans le cadre de l'animation territoriale (dans le cadre des contrats locaux de santé notamment)
- Une réflexion sur la réduction des inégalités sociales de santé
- Le recours aux données probantes

- **En matière de santé au travail**

Le schéma régional de prévention articule ses priorités avec le programme régional santé travail. La stratégie régionale repose en priorité sur l'amélioration de la coordination des acteurs

2.1.3.3 ACTIONS MISES EN ŒUVRE

- **Améliorer la participation aux dépistages organisés des cancers sein et colo-rectal**

Les efforts ont porté sur l'amélioration de l'accès aux dispositifs et ce plus particulièrement pour les personnes les plus éloignées du système de santé (cf. point 2.2.2).

- **Améliorer la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus**

Suite à l'étude effectuée par l'Assurance maladie et l'URPS auprès des médecins pour mieux comprendre les freins à ce dépistage, une plaquette d'information à destination de ce professionnels a été réalisée pour leur rappeler les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

- **Prévenir les IST, VIH et hépatites (CG)**

La stratégie et les actions mises en œuvre en matière de dépistage sont présentées au point 2.2.2.2 de ce document.

Un relais de la communication nationale est également assuré (JMS, hépatites, risques de l'été...).

- **santé mentale**

Les premières années du schéma ont été prioritairement consacrées à conforter la formation et l'articulation des acteurs sur les territoires, dans le cadre du GRAFISM (et précédemment du IGRSP).

En 2015, le COPIL régional suicide a validé un plan d'actions portant sur :

- La nécessité d'inscrire l'ensemble des actions dans un cadre d'interventions validées (données probantes)
- L'expérimentation d'un dispositif de rappel téléphonique (modèle lillois)
- La poursuite d'échanges de pratiques entre établissements
- L'extension de l'action du « groupe endeuillés »
- La proposition d'intégration d'un module de psychiatrie d'urgence dans la formation universitaire des médecins
- Une réflexion sur la place des associations d'écoute dans le dispositif de prévention du suicide.

- **Répondre aux problématiques des addictions**

Outre les actions déjà présentées pour le public « adolescents et jeunes adultes », la période 2012/2015 a permis d'accompagner les acteurs dans les changements de pratiques engagés avec l'adoption d'une approche globale :

- 19 CSAPA (Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) ont été déployés sur la région en garantissant l'accès à une offre généraliste (les CSAPA de Fécamp ou de Pont-Audemer ont par exemple élargi leur offre à la toxicomanie) et en développant progressivement des antennes locales (le CSAPA « Caux et Bray » intervient à Yvetôt, Barentin, Neufchâtel Gournay, Aumale, le Trait) ainsi que des consultations avancées (vers des publics spécifiques, notamment les personnes en situation de précarité, comme le partenariat entre le CSAPA Nautilus et le CHRS Mazeline de l'Armée du Salut au havre) ;
- La filière hospitalière a été prioritairement orientée vers l'activité de liaison (notamment avec les services de maternité et des urgences) et vers les soins pour les situations complexes ou aiguës ; la filière hospitalière dieppoise a ainsi été redéfinie au regard des objectifs de proximité (hospitalisation de court séjour, SSR) et d'articulation avec le niveau de recours régional (CHU de Rouen) ;
- Un nouveau réseau de santé régional d'addictologie a été créé (Addict' O Normand) afin de répondre sur l'ensemble du territoire régional, aux besoins de coopération des acteurs, tout particulièrement en ce qui concerne la médecine libérale ;

L'offre de prévention est progressivement structurée afin de répondre à des exigences d'efficacité minimale (capacité à évaluer les actions, appropriation des méthodologies d'intervention validées, capacité à s'inscrire dans un travail en réseau local...). Les actions informatives ponctuelles de prévention collective basée sur les risques sont proscrites, les programmes d'actions basés sur le développement des compétences psycho-sociales sont soutenus. A Dieppe, cette structuration s'est concrétisée par un « Pôle de Prévention Compétent en Addictologie », porté par l'association ONM et réunissant dans un cadre partenarial les acteurs concernés la prévention des addictions afin de déterminer les priorités d'action et d'assurer collectivement l'articulation des interventions des différents acteurs et la pertinence des méthodologies au regard du public et des problématiques.

La priorité donnée au tabac et à l'alcool s'est concrétisée :

- Dans la sélection des actions de prévention (notamment à l'occasion des appels à projets de l'ARS et la MILDECA) dont l'approche globale a permis d'aborder ces produits parfois banalisés au regard des drogues illicites) ;
- Dans les modalités d'accompagnement et de prise en charge en CSAPA (100% des CSAPA abordent ces produits) et à l'hôpital (intégration progressive des consultations de tabacologie dans les services d'addictologie).

En matière de médicaments, des actions de prévention du détournement de l'usage des médicaments en milieu pénitentiaire ont été soutenues (centre pénitentiaire du Havre par exemple avec l'action « medicomment »). Une stratégie de prévention spécifique à cette problématique reste à définir (notamment chez les jeunes et, par ailleurs, en milieu professionnel).

La mobilisation des médecins libéraux s'appuie sur :

- l'offre du réseau de santé Addict'O Normand, en termes d'information et de mise en relation des médecins libéraux avec les acteurs spécialisés de l'addictologie, mais également avec le dispositif « Intervision » qui permet l'étude de situations individuelles complexes ;
- Une offre de formation au RPIB (Repérage Précoce Intervention Brève), par exemple délivrée par l'ANPAA (sur la région) et le Centre Nautilia (au Havre) ;
- Le partenariat de proximité offert par les CSAPA et les services hospitalier d'addictologie pour structurer le parcours de l'utilisateur ;
- Des partenariats spécifiques entre CSAPA et maisons de santé pluridisciplinaires et pôles de santé (par exemple avec la MSP et le CSAPA de Neufchâtel en Bray).

• Nutrition

L'action de l'ARS en matière de nutrition (alimentation et activité physique) porte essentiellement sur la question de la réduction des inégalités sociales de santé :

- de nombreuses actions sur la thématique nutrition sont financées dans le cadre de l'appel à projets annuel, essentiellement des **ateliers cuisine**, la plupart du temps en direction de publics en situation de précarité,
- la mise en place d'un **dispositif nutrition précarité en collaboration avec la DRAAF** s'est traduite par l'élaboration et la diffusion d'un document-cadre des ateliers cuisine pour les publics en situation de précarité et le développement d'un dispositif d'accompagnement des acteurs. Le dispositif a été évalué en 2014 par une stagiaire en master santé publique et fait l'objet d'un complément qualitatif (impact sur les bénéficiaires) dans le cadre de la convention OR2S – ARS. L'instruction des projets demandant un financement de l'ARS comporte de plus en plus d'exigences,
- les actions de **promotion de l'activité physique** ont été développées également grâce au plan sport, santé, bien-être (SSBE), copiloté avec la DRJSCS, autour de 4 axes prioritaires (malades chroniques, personnes âgées, personnes en situation de handicap, publics en situation de précarité). Une dynamique régionale s'est mise en place, permettant notamment un travail avec les clubs sportifs pour mieux accueillir les personnes en situation de handicap ou les personnes obèses avec des animateurs formés. Une première formation des animateurs sportifs (50 participants) a eu lieu en 2015 autour du surpoids et l'obésité. Sur une journée, plusieurs intervenants ont pu mettre l'accent sur les particularités et précautions à prendre pour mettre en place une activité physique adaptée. (formation par la filière obésité),
- L'IRMS (institut régional de médecine du sport) a développé une réponse permettant de favoriser **l'activité physique des malades atteints de cancer**. Cette offre sera étendue aux personnes obèses.
- Plusieurs actions sont développées dans le cadre des **CLS** :
 - o CLS Saint-Etienne-du-Rouvray : 2 axes (semaine du sport et du bien-être, maintenir une activité physique pour les personnes âgées).

- o CLS de la CODAH :
 - Approche généraliste (« Ta santé, ta planète : à toi d'agir » : action pédibus en faveur des enfants scolarisés, axe nutrition – activité physique porté par le « grenelle de l'Estuaire » : actions de communication, les actions Mouv'Eat portées par Montivilliers, Gonfreville et Harfleur),
 - Approche plus ciblée en faveur des publics fragilisés (action de promotion du sport en pension de familles portées par la DDCS76),
- o CLS de Dieppe : actions pour les jeunes en priorité dans les quartiers les plus en difficulté (animations sportives inter-quartiers pendant les vacances, « en forme dans nos quartiers » : activité physique dans les écoles ZEP, « les ados ont du PEP'S »),
- o CLS CASE : actions petite enfance et jeunes,
- o CLS Pont - Audemer : COPIL nutrition activité physique mis en place,
- o CLS Rouen : éducation à la santé par le sport à l'école,
- o CLS Evreux : activité physique et nutrition enfants et jeunes à l'école et dans les quartiers prioritaires

L'ensemble de ces actions sera piloté sous l'égide du COPIL PNNS.

• Santé travail

L'ARS est identifiée comme copilote dans l'axe 5 du PRST 2 : aider à la reconnaissance et la prise en charge des risques psycho-sociaux (RPS).

Suite à la journée régionale organisée en 2010, un plan d'actions portant sur les addictions a été élaboré mais n'a pas été mis en œuvre.

L'ARS accompagne les établissements de santé et médico-sociaux dans la gestion des ressources humaines et apporte un soutien financier aux contrats locaux d'amélioration des conditions de travail. Dans ce cadre, dès 2013, une journée de sensibilisation des managers aux RPS, un guide pour la prévention des TMS, et la gestion des ressources humaines ont été réalisés.

Par ailleurs, une action commune ARS / Direccte a été menée pour la prévention des expositions aux substances cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques des femmes enceintes (cf partie 2.1.1 périnatalité). Mais il est très difficile de mesurer l'impact de cette action de communication.

Une démarche partenariale avec les acteurs de la santé au travail a été engagée à partir de 2013 notamment en ce qui concerne le dispositif d'observation EVREST avec la mise en place à partir de 2014 de cofinancements.

A noter que l'ARS émet un avis sur les CPOM des services de santé au travail mais la santé au travail est restée sur une approche portant sur la prévention des risques et s'est très peu développée au sens de promotion de la santé au travail. La légitimité de l'ARS à intervenir dans ce domaine reste faible aux côtés des acteurs traditionnels de la prévention des risques professionnels. En 2015, la réflexion relative à la mise en œuvre du plan cancer 3 en région a permis de renforcer le partenariat ARS / Direccte et CARSAT et devrait conduire à la mise en place d'un COPIL au 2^{ème} semestre.

2.1.3.4 RESTE A REALISER

- **Dépistage organisé du cancer** : la mise en place des préconisations de l'évaluation régionale devra permettre une action régionale plus efficace et plus cohérente.
- **Dépistage du cancer du col de l'utérus** : mise en œuvre du cahier des charges national annoncé dans le plan cancer 3 ;
- **Prévention et dépistage VIH-IST** : la mise en œuvre de la réforme des CeGIDD sera une priorité. Par ailleurs, le déploiement d'une stratégie régionale en matière de prévention et dépistage des hépatites doit se formaliser. Enfin, l'articulation avec le champ addicto(intégré dans la stratégie régionale) reste à consolider.
- **En matière de santé mentale**, la mise en œuvre du plan d'actions arrêté en 2015 doit être engagée.

- **Addictions**

L'intégration des stratégies et des outils de l'ARS et de la MILDECA doit être confirmée dans le contexte de la réforme territoriale. Elle doit permettre de renforcer la lisibilité de l'action publique et de simplifier les procédures pour les acteurs de terrain.

La structuration de l'offre de prévention doit franchir un nouveau cap avec le déploiement, sur le modèle dieppois, de 4 autres pôles de prévention compétents en addictologie.

Sur le modèle des expériences déjà en cours, les partenariats entre structures d'addictologie et structures de l'urgence sociale (dispositif Accueil, Hébergement, Insertion) doivent être systématisés.

Les mesures prévues par le « plan cancer », définies régionalement en 2015, doivent être mises en œuvre.

Enfin, l'appui des structures d'addictologie aux professionnels libéraux (notamment médecins et pharmaciens) doit être développé, par exemple avec l'expérimentation (et l'adaptation) du dispositif « microstructures » prévue dans le cadre du contrat local de santé de Saint Etienne du Rouvray.

- **Santé travail** : il s'agira de formaliser les collaborations avec la CARSAT et la Direccte, de mettre en place un COPIL coanimé ARS-Direccte « accès, maintien et retour dans l'emploi et maladies chroniques » dans le cadre de la déclinaison régionale du plan cancer en 2015 et de réaliser une analyse de la situation régionale sur cette problématique en 2016.
- **pour la nutrition**, il s'agira de :
 - o mettre en place en 2015 des groupes de travail spécifiques dans le cadre du COPIL PNNS (GT chargé de proposer des priorités d'actions et d'autre part d'organiser les orientations vers services spécialisés en lien avec la filière obésité, GT observation, GT petite enfance – allaitement maternel, GT mobilisation des collectivités). Le volet restauration collective est piloté par le CRALIM avec lequel il faudra veiller à une bonne articulation.
 - o développer le réseau de professionnels ressources « nutrition et précarité » par un meilleur maillage du territoire : formation de nouvelles diététiciennes + formation d'animateurs d'ateliers + journées d'échanges de pratiques (lien convention DRAAF) (pilotage ARS / DRAAF / IREPS). Pour se donner les conditions de la pérennité et de la qualité des actions menées, les règles de soutien financier sont en cours de redéfinition. Un meilleur suivi est visé ainsi que la poursuite de l'évaluation des actions financées.

2.1.4 PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

2.1.4.1 SITUATION REGIONALE

Un état des lieux mené par un prestataire extérieur (ACADIE) en 2013 a permis d'objectiver la méconnaissance réciproque des acteurs du secteur médico-social d'une part et des acteurs de la prévention d'autre part.

Par ailleurs, l'assurance maladie a établi en 2015 le constat d'écarts importants entre la population générale et la population prise en charge en MAS, FAM et SAMSAH (assurés régime général) en région en matière

- de dépistage du cancer du sein (dépistage organisé) : 38,6% vs 53,2%
- du cancer du col de l'utérus (frottis) : 11,1% vs 47,6%
- d'accès aux soins gynécologiques : 19,2% vs 47,6 %
- d'accès aux soins dentaires : 25,7% vs 36,8%

Seule la couverture vaccinale anti-grippale est plus importante dans ces établissements qu'en population générale (60,8 vs 51,9%).

2.1.4.2 BILAN DE LA STRATEGIE MISE EN ŒUVRE : BONNES PRATIQUES, LEVIERS / DIFFICULTES

Les objectifs opérationnels du SRP portaient sur :

- l'adaptation des actions de PPS aux personnes handicapées avec une attention particulière aux déficits sensoriels,

- l'amélioration de l'accès aux actions de prévention bucco-dentaire en lien avec l'organisation des soins
- l'amélioration de la participation aux dépistages des cancers,
- l'accès des programmes d'ETP aux personnes handicapées.

Afin d'adapter les actions à mettre en place pour répondre à ces objectifs, une étude régionale a été réalisée en 2013. Les principaux constats sont :

- une prise en compte limitée des questions liées au handicap par les opérateurs de prévention et les réseaux locaux de promotion de la santé ;
- une difficulté à repérer les démarches de promotion de la santé dans le champ du handicap ;
- une place grandissante de la santé (parfois au sens « soin ») dans les préoccupations des acteurs du champ du handicap mais les notions de prévention et de promotion de la santé qui leur sont peu familières ;
- une large méconnaissance des interlocuteurs locaux pertinents en prévention promotion de la santé ;
- une certaine « insularité » des établissements sociaux et médico-sociaux.

Suite à cette étude, un plan d'actions porté par le comité de pilotage de l'étude associant au sein de l'ARS le pôle prévention promotion de la santé et le pôle de l'organisation de l'offre médico-sociale, les deux départements, l'IREPS et un représentant des réseaux locaux de promotion de la santé a été élaboré :

- 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 (appui méthodologique), 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.

La question de l'accès à la prévention et aux soins des personnes handicapées étant transversales aux différentes politiques portées par l'ARS, il a été décidé de réunir les deux commissions de coordination sur ce sujet en 2014 afin de réfléchir plus globalement au parcours de santé de la personne en situation de handicap.

2.1.4.3 ACTIONS MISES EN ŒUVRE

Le comité de pilotage de l'étude a de nouveau été réuni en 2013 et 2014 pour assurer le suivi du plan d'actions, présenté aux acteurs concernés en mai 2013.

Pour répondre à l'objectif d'acculturation des acteurs de la PPS et du champ du handicap, la journée annuelle des acteurs du pôle régional de compétence en éducation pour la santé a été consacrée à ce sujet.

Dans le cadre de la contractualisation pluriannuelle, une partie de la mise en œuvre du plan d'actions a été confié à l'IREPS : les acteurs identifiés dans le cadre de l'étude et mobilisés pour la préparation de la journée du PRC ont été sollicités pour participer au travail de synthèse des ressources. Deux formations ont été organisées, l'une en direction des acteurs de la PPS et l'autre en direction des acteurs du champ médico-social. Le bilan de celles-ci a montré la nécessité d'un accompagnement individualisé.

L'appel à projets PPS annuel a intégré un axe spécifique et quelques actions ont été financées, principalement sur nutrition et éducation affective et sexuelle, majoritairement en faveur d'enfants.

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.

Dans le cadre du plan SSBE copiloté avec la DRJSCS, un groupe de travail spécifique a été mis en place, permettant une mise en relation des acteurs. De nombreuses actions concrètes ont démarré, par exemple : un annuaire des structures accessibles a été créé, une harmonisation régionale des critères de labellisation des structures a été menée à bien, la formation continue des maîtres-nageurs sauveteurs a intégré un contenu autour de l'accueil des personnes en situation de handicap et des rencontres sportives mixtes (valides – non valides) ont été organisées.

2.1.4.4 RESTE A REALISER

L'accompagnement des projets d'établissements des structures médico-sociales pour que la dimension prévention promotion de la santé soit abordée nécessite un investissement de long terme.

Un travail spécifique sur l'accès aux dispositifs de prévention de type dépistage, vaccination et accès aux soins (notamment dentaires et gynécologiques) est à mener en lien avec l'assurance maladie, dans le cadre des instances existantes : COPIL concernés, programmes des réseaux locaux de promotion de la santé.

Dans le cadre du plan SSBE, plusieurs axes de réflexion restent à approfondir, notamment les leviers à activer pour éviter les risques de rupture dans les pratiques d'activité physique au moment des sorties de structures du secteur enfant. Une plus grande implication des MDPH est aussi à rechercher.

2.1.5 PERSONNES AGEES

2.1.5.1 SITUATION REGIONALE

Indice de vieillissement (nb de 65 ans et + pour 100 + de 20 ans)

	2011	2012	2013
Haute-Normandie	61,5	64,1	66,5
Eure	56,4	58,3	60,5
Seine Maritime	64,1	67	69,5
<i>France</i>	<i>68,5</i>	<i>70,7</i>	<i>72,7</i>

(extrait STATISS - source INSEE)

Le vieillissement de la population haut-normande est moins marqué que pour le reste du territoire français, mais qui suit la tendance nationale.

En 2012, la Haute-Normandie comptait 21,7 bénéficiaires de l'APA pour 100 personnes de 75 ans et + (contre 20,5 pour la France métropolitaine).

La CARSAT a monté un observatoire des fragilités qui permet une approche territoriale assez fine.

2.1.5.2 BILAN DE LA STRATEGIE MISE EN ŒUVRE : BONNES PRATIQUES, LEVIERS / DIFFICULTES

La définition et la mise en œuvre du parcours de vie et de santé sont pilotées par le pôle organisation de l'offre médico-sociale de l'ARS dans le cadre de la mise en œuvre du SROMS. Le bilan de cette stratégie est présenté dans le bilan de ce schéma.

2.1.5.3 ACTIONS MISES EN ŒUVRE

- **La prévention de la dénutrition des personnes âgées à domicile**

Des 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 ont été réalisées dans le cadre d'une convention financière pluriannuelle passée avec l'URIOPSS.

- 2012 : 7 conférences ont été organisées pour 124 personnes.
- 2013 : 8 conférences ont été organisées pour 225 personnes et 12 ateliers cuisine ont été mis en place pour 99 participants
- 2014 : 11 conférences pour 200 personnes et 15 ateliers cuisine.

Les territoires couverts sont : Pont-Audemer, Bernay, Verneuil, Evreux, Vernon, Les Andelys-Gaillon, Elbeuf-Louviers, Rouen, Saint-Nicolas d'Aliermont, Fécamp, Forges les Eaux, Le Havre, Notre Dame de Gravenchon, Névilles, Montivilliers, Bolbec, Eu, Le Tréport, Forges les Eaux, Saumont-la-Poterie. L'évaluation après trois ans a mis en évidence un essoufflement de l'action conduisant à réorienter le projet en 2015 sur un appui aux établissements médico-sociaux pour intégrer la promotion de la santé dans leur projet d'établissement (secteur handicap en priorité).

L'accès au dépistage et aux soins bucco-dentaire des PA en situation de dépendance reste une préoccupation importante. Une expérimentation d'un buccobus itinérant entre plusieurs EHPAD de la région est en cours.

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

Des actions ont été soutenues dans le cadre des 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).

L'ARS financement des actions (ex : SIEL bleu, DOMISIEL...), de façon subsidiaire, en articulation avec les interventions de la MSA et de la CARSAT, qui sont, ainsi que les Départements, associées à l'instruction des projets.

Dans le souci de partenariat et de maillage du territoire, une contractualisation pluriannuelle a été conclue avec l'ASEPT, association initiée par la MSA et incluant désormais la CARSAT et la Mutualité. La CARSAT a mis en place un observatoire des fragilités qui permettra d'alimenter les échanges sur la définition des territoires prioritaires d'intervention.

Dans le cadre du plan sport santé bien-être (SSBE), copiloté avec la DRJSCS, un groupe de travail spécifique a été mis en place pour promouvoir l'activité physique. Un annuaire a été créé et un travail de sensibilisation des EHPAD a été conduit (contexte gestion du risque).

En 2014, un appel à projets spécifiques sur des crédits médico-sociaux a permis une mobilisation d'envergure sur la promotion de l'activité physique des personnes âgées (prévention des chutes et de la perte d'autonomie, prévention du surpoids, action sur le bien-être et le lien social...) : 16 projets ont été financés pour un montant total de 140 000 €.

2.1.5.3 RESTE A REALISER

La poursuite de la réflexion avec l'ASEPT sur le ciblage de publics prioritaires s'inscrit dans la contractualisation avec l'association et la poursuite du plan d'actions SSBE est en cours.

L'articulation avec les priorités du POOMS (parcours de la personne âgée – politique de gestion du risque) est un effort à maintenir. La déclinaison dans les territoires doit être facilitée par une meilleure prise en compte de l'approche par parcours des réseaux locaux de promotion de la santé et ateliers santé ville, qui doivent pouvoir privilégier les articulations avec les coordinations existantes dans le champ de la prise en charge des personnes âgées.

L'expérimentation en Seine-Maritime de nouvelles modalités de partenariat via la création d'une conférence des financeurs sur l'approche prévention devrait permettre de créer davantage de cohérence dans la déclinaison des différentes politiques (conseil départemental, ARS, assurance maladie, CARSAT).

2.1.6 PERSONNES DETENUES

2.1.6.1 SITUATION REGIONALE

L'absence de rapport d'activité standardisé des unités sanitaires rend difficile l'observation de l'évolution de l'état de santé des détenus dans la région.

La Direction interrégionale des services pénitentiaires de Lille fait état d'une baisse des tentatives de suicides des personnes sous main de justice sur les régions Nord-Pas-de-Calais – Haute-Normandie.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Auto-agresssions et tentatives de suicide	1348	1040	779	649	545	390
suicides	29	20	15	25	19	19

2.1.6.2 BILAN DE LA STRATEGIE MISE EN ŒUVRE : BONNES PRATIQUES, LEVIERS / DIFFICULTES

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

Au niveau régional, un comité de pilotage a été réuni une fois (promotion des comités techniques par établissement) pour conforter la mise en place des comités techniques. En 2013 a été créée une équipe projet permanente « santé justice » animée par l'ARS et la DISP et composée de :

- secteur santé : représentants des unités sanitaires somatiques et psychiatriques, de l'IREPS, du CRIAVS, d'un CSAPA intervenant en milieu pénitentiaire et de professionnels de santé intervenant en éducation pour la santé en milieu pénitentiaire
- secteur justice : un chef d'établissement pénitentiaire, un DSPIP, une psychologue en soutien des personnels pénitentiaires, un magistrat (JAP), un assistant social du personnel, une infirmière conseillère technique PJJ, un psychologue PEP, un officier de division comprenant une unité sanitaire en établissement pénitentiaire, un surveillant de l'administration pénitentiaire agent de prévention, un surveillant de l'administration pénitentiaire en quartier arrivants. Des personnes détenues pourront être associées pour certaines réunions (démarche de santé communautaire).

L'équipe projet a constitué trois groupes de travail : état des lieux / communication / formation.

Au niveau de chaque établissement est positionné un comité de pilotage pluridisciplinaire (ex-comité technique) : ces instances sont de mieux en mieux structurées, même si la mobilisation des établissements est encore inégale, en fonction de la possibilité d'investissement du cadre de santé. Le comité de pilotage 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).

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.

2.1.6.3 ACTIONS MISES EN ŒUVRE

- **Organisation d'échanges entre les Unités Sanitaires sur les questions de santé et mutualisation des expériences et des projets** : une réunion par an avec les responsables des unités sanitaires et 1 réunion par an avec les équipes avec ouverture selon les thèmes à d'autres publics (CAARUD, CSAPA, SPIP, psychologues dans le cadre du parcours d'exécution des peines...).
- **Mise en place dans chaque établissement pénitentiaire d'un programme d'actions intégrant les pratiques addictives, la réduction des risques et la santé mentale**
- **Formations**
 - o **au repérage et à la gestion de la crise suicidaire** mises en place par le Grafism en étroite collaboration avec la DISP ont concerné 82 personnes en 2012 et 37 en 2013. Depuis 6 ans, ce sont plus 380 personnes qui ont été formées en milieu pénitentiaire.
 - o **formation pluridisciplinaire à la promotion de la santé en 2012-2013** (IREPS Picardie) : des difficultés de mobilisation des participants du milieu pénitentiaire sur l'intégralité du cycle.
- **Actions reconduites**
 - o théâtre forum sur les thèmes des addictions, de la violence, du suicide, de la famille, des médicaments... (CD VdR & MA Evreux), ateliers mensuels d'une heure sur 12 thématiques de santé différentes (MA d'Evreux), cycle trimestriel programmant des tables rondes avec des partenaires extérieurs sur addictions, IST, VIH, hépatites, addictions, film-débat, groupes de paroles... (CP Havre).
 - o actions autour de l'activité physique : groupes de parole puis présentation des installations et équipements disponibles pour les personnes vulnérables restant confinées dans leur cellule (CP Havre), ateliers animés par un kiné et un coach sportif pour les détenus pratiquant la musculation de façon inadéquate (CD VdR), activité thérapeutique sportive pour les patients suivis à l'unité sanitaire psychiatrique (MA Evreux)
 - o actions bien-être et image de soi, gestion du stress et des émotions avec socio-esthéticienne, conseillère en Economie Sociale et Familiale et sophrologue

- o action autour de l'activité physique et sportive : création de brochures et d'affiches sur la musculation et les bienfaits de l'activité physique et formation des moniteurs sportifs (CDOS 76 pour CP Havre et MA Rouen), ateliers de bien-être et prévention du mal de dos par une kiné (MA Femmes Rouen)
 - o ateliers de chant – psychophonie, ateliers d'écriture (MA Rouen)
 - o action d'éducation pour la santé sur le bon usage du médicament
- **ETP**
 - o Organisation d'une première réunion avec l'ensemble des structures afin de faire le point sur les besoins, les attentes, les actions déjà mises en place.
 - o Mise en place d'un travail de collaboration des acteurs avec le support de l'IREPS pour former les professionnels à l'ETP, et monter un programme ETP en collaboration avec les UTEP de chacun des territoires. Une adaptation de ce programme devra également être faite en fonction du type de structure.

2.1.6.4 RESTE A REALISER

Les enjeux d'articulation entre les différents acteurs restent importants. Il est nécessaire d'assurer l'animation de la coordination des différents acteurs (COPIL, groupes de travail...). La consolidation des comités de pilotage par établissement et la pérennisation des temps d'échanges de pratiques sont des priorités à poursuivre.

En matière d'ETP, l'enjeu principal est la concrétisation du projet de programme commun.

2.1.7 ENSEMBLE DE LA POPULATION

2.1.7.1 BILAN DE LA STRATEGIE MISE EN ŒUVRE ET DES ACTIONS REALISEES

- **Réduire les expositions aux facteurs de risques environnementaux et professionnels**

La mise en œuvre du schéma régional de prévention participe à la mise en œuvre du plan régional santé environnement 2 dont le bilan sera établi prochainement avant la définition d'un PRSE 3 Normand (<http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/Plan-Regional-Sante-environnem.121435.0.html>).

- **Assurer le contrôle sanitaire de l'eau du robinet** : environ 9 200 prélèvements suivis d'analyse sont réalisés chaque année. Si la grande majorité des haut-normands dispose d'une eau du robinet de bonne qualité tout au long de l'année, une fraction de la population régionale a encore été alimentée en 2014 par une eau pour laquelle des dépassements récurrents des exigences de qualité ont été enregistrés. Les non-conformités constatées montrent la vulnérabilité de la nappe de la craie, majoritairement utilisée pour la production d'eau potable dans la région, aux pollutions anthropiques d'origine agricole, urbaine ou industrielle. Dans certains secteurs, les dépassements des normes sont récurrents et nécessitent la mise en œuvre de plans d'actions annexés à des arrêtés préfectoraux de dérogation : 7 collectivités sont ainsi concernées en janvier 2015. On relèvera que la qualité de l'eau du robinet s'est améliorée entre 2011 et 2014 grâce notamment à la mise en œuvre de ces plans. Ainsi, en 2014, plus de 90% de la population a été alimentée par une eau conforme en permanence aux limites de qualité. Cependant,

L'ARS assure une mise à disposition de l'ensemble des résultats d'analyses auprès du public et des partenaires (bilan régional, fiche info-factures, bulletin d'analyses, ...). Toutes ces données sont accessibles sur le site internet de l'ARS.

- **Protéger la ressource en eau potable** : la qualité de la nappe de la Craie reste impactée par les pressions anthropiques d'origine agricole et industrielle sur le territoire. Les actions de protection de la ressource progressent lentement : 43 captages supplémentaires protégés par DUP faisant passer le pourcentage de captages disposant d'une DUP de 70 à 78%. Il reste 95 captages à protéger (45 dans l'Eure et 50 en Seine-Maritime). L'ARS assure également le contrôle annuel d'environ 10% des captages disposant d'une DUP. 16 arrêtés de DUP ont fait l'objet d'un contrôle en 2014, suivi d'un rapport contradictoire d'inspection.
- La sensibilisation des collectivités sur l'enjeu de protection des captages a été renforcé grâce notamment à la production d'outils opérationnels adaptés au contexte haut-normand tels que le guide régional sur la protection de la ressource édité et diffusé à 300 exemplaires en partenariat avec l'Agence de l'eau Seine-Normandie.

- ***Veiller à la qualité des eaux de loisirs et du littoral*** : chaque année, le contrôle sanitaire est réalisé sur les 31 zones de baignade (23 baignades en mer et 8 en eau douce) de la région. Le classement réalisé à l'issue de la saison balnéaire 2014 confirme que la grande majorité des baignades de la région sont de bonne ou d'excellente qualité. Cependant, 4 baignades du littoral ont une qualité moyenne, voire médiocre, principalement du fait de la proximité de débouché de fleuves côtiers. Une plaquette d'information sur les nouvelles modalités de gestion et de surveillance des eaux de baignade a été réalisée en collaboration avec l'ARS de Basse-Normandie et a été diffusée aux responsables des eaux de baignade. Les collectivités sont incitées à mettre en place une politique de gestion active et préventive de la qualité de ces eaux de loisirs.
La qualité des coquillages sur les 7 gisements de pêche à pied de loisirs les plus fréquentés du littoral Haut-Normand fait l'objet d'une surveillance à laquelle l'ARS participe. En se basant sur les critères appliqués au classement des zones conchylicoles, ces sites peuvent être considérés de qualité B (qualité moyenne). L'ensemble des résultats est transmis aux communes concernées pour affichage sur des panneaux mis en place à proximité des zones de pêche.
L'ARS assure également le contrôle sanitaire de l'ensemble des piscines publiques ou privées recevant du public conformément au code de la santé publique. Le contrôle porte non seulement sur le respect des normes mais aussi sur le bon entretien des équipements techniques et sanitaires par la réalisation de visites d'inspection périodiques des locaux. Une quarantaine d'établissements ont fait l'objet d'une visite en 2014. Une formation destinée aux gestionnaires de piscines saisonnières a également été organisée en Seine-Maritime.
- ***Participer à la lutte contre l'habitat indigne*** : l'ensemble du territoire régional est maintenant couvert par une organisation fonctionnelle avec l'installation de 12 comités locaux habitat dégradé (CLHD) au sein desquels l'ARS apporte son expertise et s'engage dans la gestion des situations les plus délicates et complexes. Le dispositif contribue à l'enregistrement d'environ 200 signalements par an auprès de l'ARS qui peuvent être suivies par des inspections (66 en 2014). Les procédures administratives engagées conduisent chaque année à la prise d'arrêtés préfectoraux (45 en 2014 / 35 en 2012). L'ARS est également très impliquée dans la formation des acteurs locaux (15 sessions sur 2012-2014, des séquences d'information des élus sur les territoires). Une formation spécialisée du CODERST est maintenant installée dans l'Eure comme en Seine-Maritime.
- ***Prévention des intoxications au monoxyde de carbone*** : sur le plan de la communication, un renouvellement des supports a été opéré notamment avec la réalisation d'une boîte à outils intégrant affiche, dépliant, clips d'animation et vidéo en partenariat avec les fédérations professionnelles de l'artisanat (UPA et CAPEB) : 2.000 affiches et plus de 15.000 dépliants ont été distribués avec le concours des professionnels de la santé (médecins libéraux) et de l'artisanat (plombiers chauffagistes).
La diffusion de spots radiophoniques nationaux sur le réseau France Bleue Haute-Normandie et des radios associatives haut-normandes est financée par l'ARS tous les ans. On notera enfin la gestion de près de 30 foyers d'intoxication par an (baisse de 20% du nombre d'affaires depuis 2011).
- ***Prévenir les risques liés à la qualité de l'air intérieur*** : une convention a été signée avec le réseau Asthme pour organiser les modalités d'intervention de la Conseillère Médicale en Environnement Intérieur suite à des plaintes téléphoniques relatives à la qualité de l'intérieur ou à des enquêtes environnementales pour lesquelles le logement nécessite la réalisation d'un diagnostic ; environ 120 visites à domicile sont ainsi désormais réalisées par an. Une convention de subvention a également été signée avec Air Normand pour soutenir la réalisation de campagnes de mesures de la qualité de l'air intérieur dans les écoles et les crèches couplées à une sensibilisation des collectivités à cette thématique.
- ***Concernant les territoires à expositions multiples*** : la zone de Port-Jérôme a bénéficié d'une démarche globale d'évaluation des risques sanitaires qui a permis la définition et la mise en œuvre d'un plan d'actions, suivi par les partenaires ayant contribué aux travaux. (<http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/Port-Jerome.128594.0.html>).
Dans le cadre du contrat local de santé avec la Communauté d'agglomération havraise, une telle étude a été programmée sur ce territoire ; en 2013, une note méthodologique a été finalisée par les principaux partenaires (ARS, CIRE, CODAH, DREAL) mais pour l'instant aucune suite n'a été donnée par la collectivité.

- **La qualité de l'air et les polluants « émergents »** (allergènes, pesticides) : au-delà des actions réglementaires ou incitatives visant à réduire les émissions de particules ou substances toxiques, sont à noter des initiatives visant à améliorer les connaissances en matière d'exposition aux pesticides (inventaire des émissions par Airnormand) ou l'information des particuliers (plaquette brûlage à l'air libre par la DREAL, pollinarium sentinelle au Havre).
- **Développer des actions de formation et d'information aux problématiques de santé-environnementale.**
- En 2012, un tableau de bord santé-environnement a été édité avec les objectifs suivants :
 - o rassembler l'information disponible, la valoriser et la rendre lisible,
 - o mettre à disposition du public les données ;
 - o suivre l'évolution dans le temps de la situation au travers des indicateurs définis préalablement
 - o mieux comprendre pour mieux agir : l'observation et l'expertise contribuent à guider les choix d'actions pour améliorer la santé des habitants.

Il est consultable à l'adresse suivante : <http://ars.haute-normandie.sante.fr/Tableau-de-bord-en-Sante-envir.154483.0.html>

- **Relayer les campagnes d'information et de communication**

Outre la mise à jour régulière de son site Internet, l'ARS s'est attachée à relayer les campagnes d'information et de communication.

	2012	2013	2014
Vaccination	- Dossier presse régionale « semaine européenne de vaccination » - Réalisation d'une émission quizz en lien avec Culture et nature	- Actualité sur le site internet sur le nouveau calendrier vaccinale (avril) - Communiqué de presse sur l'évolution de la campagne de vaccination MenBvac en Seine-Maritime - Dossier de presse sur la « semaine haut-normande de la vaccination » (octobre) - Actualité sur le site de la campagne de vaccination contre la grippe (octobre)	- Communiqué de presse sur la fin de la campagne de vaccination contre le méningocoque B14 - Actualité sur le site internet sur la « semaine haut-normande de la vaccination » (octobre)
Addictologie	- Actualité sur le site internet sur la journée mondiale sans tabac (mai) - Actualité sur le site internet sur le syndrome d'alcoolisation fœtale (septembre)	- Communiqué de presse régionale à l'occasion de la journée mondiale sans tabac (mai) - Actualité sur le site internet sur le syndrome d'alcoolisation fœtale (septembre)	- Actualité sur le site internet sur la journée mondiale sans tabac (mai) - Actualité sur le site internet sur le syndrome d'alcoolisation fœtale (septembre)

	2012	2013	2014
Santé mentale	- Actualité sur le site internet sur la prévention du suicide en Haute-Normandie (septembre)	- Communiqué de presse sur la formation des professionnels pour prévenir le suicide en Haute-Normandie (septembre)	- Communiqué de presse sur le suicide en Haute-Normandie (septembre)
Dépistage des cancers			
sein	- Conférence de presse à l'occasion d'octobre rose	- Relai de la campagne nationale et des actions en région sur le site internet (octobre rose)	- Relai de la campagne nationale et des actions en région sur le site internet (octobre rose)
col de l'utérus		- Relai de la campagne nationale sur le site internet (Juin)	- Relai de la campagne nationale pour savoir où réaliser son frottis sur le site internet (janvier)
colon	- Relai de la campagne nationale « Mars Bleu » et des actions en région sur le site internet	- Relai de la campagne nationale « Mars Bleu » et des actions en région sur le site internet	- Relai de la campagne nationale « Mars Bleu » et des actions en région sur le site internet
peau	- Relai de la campagne nationale sur les risques d'exposition aux UV (mai)	- Relai de la campagne nationale sur les risques d'exposition aux UV (mai)	- Relai de la campagne nationale sur les risques d'exposition aux UV (mai)
VIH/Hépatites/IST	- Actualité sur le site internet sur la journée mondiale contre le sida et les actions en région (décembre)	- Actualité sur le site internet sur la journée mondiale contre le sida et les actions en région (décembre) - Actualité sur le site internet sur la journée mondiale contre l'hépatite	
Contraception	- Relai de la campagne nationale sur le site internet de la campagne sur le préservatif féminin	- Relai de la campagne nationale « la contraception qui vous convient existe » sur le site internet	- Actualité sur le site internet sur la journée mondiale de la contraception
Santé globale	- Conférence de presse « Un été sans risque »	- Relai de la campagne nationale « Le sport c'est la santé » (mars) - Relai de la campagne de sensibilisation contre la gale sur le site internet (avril) - Stand Cap Santé à l'occasion de l'Armada 2013 (juin)	- Actualité sur le site internet sur la déclinaison en région du plan national Sport Santé Bien-être (avril) - Actualité « Les bons gestes pour affronter l'hiver » sur le site internet (novembre)

- **Promouvoir l'activité physique**

- De nombreuses actions sont inscrites dans les CLS et/ou dans les axes de travail des collectivités.
- Dans le cadre du PNNS et du SSBE
 - o un travail de recensement des clubs et associations sportives qui se sont orientés vers une offre d'activité physique adaptée est en cours. Un annuaire regroupant l'ensemble de ces clubs sera diffusé sur un site internet partagé avec la basse Normandie. Cela permettra à chacun de pouvoir orienter les personnes qui en ont besoin vers les associations les plus proches de leur domicile)
 - o volet spécifique SSBE au sein de l'AAP PPS avec instruction des dossiers avec l'ensemble des partenaires (DRJSCS, CARSAT, Mutualité Française, DRAAF...
- Un maillage régional est en cours entre les futurs prescripteurs de l'APA (activité physique adaptée : les professionnels de santé) et les effecteurs : les clubs et associations. Pour certains patients qui n'ont jamais fait d'activité physique ou ceux qui ont arrêté depuis longtemps une période de transition est nécessaire pour la remise à l'activité physique. Des passerelles sont mises en place afin de passer ce cap sans risque. Le réseau OncoNormand porte un projet régional de remise en route de l'activité physique pour les personnes avec un cancer. Ce projet initialement mis en place à titre expérimental a montré son efficacité avec plus de 60% des personnes prises en charges dans ce dispositif qui maintiennent une activité physique 6 mois après la fin de leur prise en charge initiale.
- Le volet formation est également en cours de mise en place :
 - Formation des professionnels de santé à la prescription de l'activité physique
 - Formation des animateurs sportifs aux particularités de la prise en charge en APA des patients avec une maladie chronique, des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.
- Un partenariat a été mis en place sur l'écomobilité, se traduisant par une action de sensibilisation des membres du club éco-mobilité (collectivités, associations, institutions) animé par l'AREHN et une formation des ambassadeurs de l'éco-mobilité (1/2 journée – suite à appel à projets ADEME-AREHN) au bénéfice pour la santé des mobilités douces.

2.1.7.2 RESTE A REALISER

Un bilan des plans régionaux santé environnement des régions Basse-Normandie et Haute-Normandie sera réalisé et un plan régional santé environnement 3 sera élaboré pour la Normandie.

Le dispositif mis en place pour la prise en charge des publics spécifiques doit être élargi à l'ensemble du public. Dans l'attente du décret d'application de la loi sur la prescription de l'activité physique, un travail est en cours pour imbriquer les différentes initiatives lancées :

- Projet lancé par l'URPS médecin et l'URPS kiné pour mettre en place un outil informatique pour le médecin généraliste. Il s'agit d'apporter une aide à la prescription de l'activité physique
- Projet lancé par l'IRMS et l'URPS Kiné pour la mise en place de passerelles a la fois pour l'évaluation des capacités physiques des patients et pour mettre en place des séances de réentraînement à l'effort
- Projet Onco Normand – IRMS pour les personnes atteintes de cancer
- L'annuaire des clubs et associations sportives

2.2 OBJECTIF DE SOUTIEN AUX DISPOSITIFS DE PREVENTION MAJEURS POUR LA PROTECTION DE LA SANTE DES HAUTS-NORMANDS

2.2.1 AMELIORER LA COUVERTURE VACCINALE

2.2.2.1 SITUATION REGIONALE

Couverture vaccinale dans les départements de Seine Maritime et de l'Eure à partir des remontées des services de PMI – certificats de santé du 24^{ème} mois (données InVS)

	2011			2012			2013		
	27	76	France	27	76	France	27	76	France
DTP 3 doses	97,9	99,2	98,7	98,4	98,9	98,7	98,9	99,2	98,5
DTP rappel	89,9	88,3	91,3	90,8	90,4	91,7	89,6	89,5	91
Coqueluche 3 doses	98,2	99,1	98,4	98,1	98,8	98,4	98,5	99,1	98,3
Coqueluche rappel	90,2	88,3	90,5	90,6	89,4	90,9	88,8	88,4	90,3
ROR 1 doses	90,9	89,4	89,4	91,9	90,4	90,5	ND	71,8	90,3
ROR 2 doses	64,4	60,9	67,3	68,5	69	72	ND	89,7	74,5
Pneumocoque*	91,5	92,4	88,8	91,2	92,7	88,8	91,9	93,1	89,2
Hépatite B 3 doses	81,2	83,8	74,2	83	88,1	78,1	86,3	90,3	81,5

* Pneumocoque "au moins 3 doses"

Le taux de couverture vaccinale bas concernant la deuxième dose du ROR peut s'expliquer par le fait que la deuxième dose est souvent décalée après 24 mois. En effet, lorsqu'on regarde la couverture vaccinale des élèves de 6^{ème} et de 2^{nde} dans l'enquête menée en 2010 par le rectorat de Rouen, 95% des élèves de 6^{ème} ont reçu deux doses et 93% des élèves de 2^{nde}.

Les données de couvertures vaccinales concernant la vaccination contre la méningite C et l'HPV ne sont pas connues actuellement. La seule donnée disponible est la vente de vaccin aux pharmaciens par département.

2.2.1.2 BILAN DE LA STRATEGIE MISE EN ŒUVRE : BONNES PRATIQUES, LEVIERS / DIFFICULTES

La mise en œuvre de cette priorité repose d'une part sur l'amélioration de l'observation des couvertures vaccinales et d'autre part sur la mobilisation renforcée des professionnels de santé. L'ARS s'est appuyée sur l'expérience acquise à l'occasion de la campagne de vaccination exceptionnelle contre les infections invasives à méningocoques (IIMB14) organisée en Seine-Maritime depuis 2006 : modalités de communication auprès des professionnels et de la population, rôle des élus locaux, modalités d'implication des professionnels de santé libéraux et des établissements de santé, des services de protection maternelle et infantile (PMI) et des services de santé des élèves.

Si les taux de couverture sont bons pour les enfants, le rattrapage des couvertures vaccinales des adolescents et jeunes adultes reste un objectif prioritaire.

Les difficultés rencontrées concernent principalement l'absence de discours national suffisamment fort et réactif pour faire face aux arguments des détracteurs de la vaccination.

Un plan d'actions régional a été rédigé en 2013 à partir des orientations de la programmation nationale d'amélioration de la politique vaccinale 2012/2017. Cinq axes de travail ont été définis :

- développer l'observation et l'analyse des données en matière de vaccination,
- sensibiliser, informer et mobiliser les professionnels sur l'importance de la vaccination,
- coordonner les centres de vaccination de la région,
- faciliter l'accès à la vaccination,
- promouvoir la vaccination auprès de la population.

2.2.1.3 ACTIONS MISES EN ŒUVRE

- **Développer l'observation et l'analyse des données en matière de vaccination**

Concernant la vaccination générale, les carnets de vaccination des élèves des établissements scolaires sont vérifiés régulièrement par les infirmiers ou les médecins des PMI et des services de promotion de la santé des élèves. Un travail est en cours avec l'OR2S dans le cadre de la plateforme régionale sanitaire et sociale afin de mutualiser ces informations.

Une enquête pilotée par la Cire Normandie est en cours au CHU sur la couverture vaccinale grippe saisonnière suite aux actions menées dans le cadre de la campagne de vaccination (cf. chapitre actions en direction des professionnels de santé ci-après).

- **Sensibiliser, informer et mobiliser les professionnels de santé et le public sur l'importance et l'intérêt des vaccinations**

- organisation d'une semaine haut-normande de la vaccination depuis 2013
 - o diffusion d'une affiche invitant la population à faire vérifier leur carnet de vaccination chez leur médecin ou chez le pharmacien ou chez l'infirmière ou dans un centre de PMI (3000 affiches),
 - o création d'une check list afin que les professionnels puissent noter dans le carnet de vaccination les vaccins à mettre à jour (5000 flyers),
 - o actions réalisées par les réseaux locaux de promotion de la santé et les ateliers santé ville dans les territoires : stands d'information, organisation de séance de vaccination, information dans les médias locaux ;
- Actions en direction des professionnels
 - o organisation avec le CHU d'une soirée par an. Les thèmes abordés depuis 2012 sont la vaccination contre la coqueluche, la vaccination contre la méningite C, la vaccination HPV, l'histoire de la polio. Les nouveautés du calendrier vaccinal sont présentées tous les ans. Entre 100 et 150 professionnels y participent (médecins, pharmaciens, infirmiers, PMI, centres de vaccination, santé scolaire),
 - o sensibilisation de l'ensemble des infirmières scolaires aux nouveautés du calendrier vaccinal de 2013 soit 265 infirmières scolaires. Les séances ont animées par les médecins des centres de vaccination,
 - o sensibilisation à l'importance de se faire vacciner contre la grippe saisonnière dans les établissements de santé et dans les établissements médico-sociaux : 3 affiches ont été créées : « je me fais vacciner », « si je ne suis pas vacciné, je porte un masque », « je me lave les mains ». Une carte postale définissant « 6 bonnes raisons de se faire vacciner » a été créée à l'intention des professionnels et a été diffusée dans les selfs des établissements,
 - o sécurisation de la vaccination contre la grippe saisonnière par les infirmiers libéraux dans le cadre de la campagne de vaccination nationale : formation de 300 infirmiers de la région (indication de la vaccination et gestion des effets secondaires), mise à disposition d'ampoules d'adrénaline dans les cabinets (application d'un décret rédigé spécifiquement suite à ce projet), rédaction d'un protocole de prise en charge du choc anaphylactique signé par la CPAM, les SAMU, les URPS et l'ARS.
 - o réalisation d'un 4 pages « infos-intox » sur la vaccination HPV à l'intention des professionnels de santé afin qu'ils puissent plus facilement engager le dialogue avec les familles.
- Actions en direction de la population
 - o vaccination contre la méningite C : sensibilisation des élèves des collèges et des lycées par l'intermédiaire des équipes de vaccination. La vaccination a été systématiquement proposée en 2014/2015 aux familles dans le cadre des séances de vaccinations organisées par le Conseil Général de Seine-Maritime et les centres de vaccination de l'Eure (1000 doses réalisées),
 - o vaccination contre la coqueluche : une enquête a été réalisée en 2014 auprès des maternités pour connaître leurs actions en direction des parents. Une affiche et une carte postale ont été créées afin de sensibiliser les parents et l'entourage sur l'importance d'être vacciné contre la coqueluche pour protéger le nouveau né (cocooning).

- **Organiser le maillage du territoire**

- organisation de séances de vaccination dans les établissements scolaires : les équipes du Département de Seine-Maritime vaccinent depuis plusieurs années les élèves de 6^{ème} dans les établissements scolaires (10 000 consultations/entre 3000 à 4000 élèves vaccinés). En 2013, il a été proposé aux centres de vaccination de l'Eure situés dans des structures hospitalières de mettre en œuvre des séances de vaccination dans les collèges situés dans des territoires identifiés comme prioritaires. L'ensemble des centres de vaccination a donc travaillé dans un premier temps à l'élaboration d'un « kit de vaccination en milieu scolaire » commun : lettre type, autorisation parentale, check list ... Compte-tenu du faible effectif de médecins dans le département de l'Eure, les séances de vaccination sont réalisées en plusieurs étapes : vérification des carnets de vaccination par les infirmières des centres de vaccination, recensement des élèves à vacciner et organisation des séances de vaccination avec les médecins ;
- Un protocole de coopération entre professionnels de santé a été élaboré par le centre de vaccination de Pont-Audemer dans l'Eure afin de permettre aux infirmières de vacciner par délégation du médecin. Ce protocole permet d'augmenter le nombre de plages horaires disponibles pour vacciner à partir de 11 ans les personnes qui ont besoin de compléter un protocole de vaccination (ne concerne pas la primo vaccination). Deux formations en vaccinologie ont été mises en place à l'intention des infirmières qui travaillent dans les centres de vaccination et dans les services de médecine du travail (formation obligatoire dans le cadre du protocole). 32 infirmières ont été formées. Les centres de vaccination de Bernay, Gisors, Evreux, Louviers et Vernon vont adhérer à ce protocole.

2.2.1.4 RESTE A REALISER

Il s'agira de :

- 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).

2.2.2 AUGMENTER LES TAUX DE DEPISTAGE ET DE REPERAGE DES CANCERS, VIH, IST, TUBERCULOSES ET MALADIES CHRONIQUES

2.2.2.1 SITUATION REGIONALE

- **IST – VIH (source rapport évaluation EQR)**

On constate :

- une incidence en-deçà de celle observée au niveau national :
 - o en 2011, 11 cas de Sida ont été déclarés en Haute-Normandie, soit une incidence de 0,6 cas /10⁵ habitants (0,8 cas /10⁵ habitants au niveau national),
 - o Une incidence en diminution depuis le milieu des années 1990.
- une prévalence de la maladie chez les hommes, qui accuse un rattrapage chez les femmes :
 - o entre 1986 et 2011 en HN, 80% des cas de Sida étaient de sexe masculin.
 - o sur cette période, la part des cas féminins a progressivement augmenté.
- les 20-39 ans, catégorie la plus touchée avec 57% du total des cas déclarés, mais leur part a diminué.
- les homosexuels et usagers de drogues, premiers frappés par la maladie : 67% des contaminations étaient liées à des relations homosexuelles entre 1986 et 2011 en Haute-Normandie; 14% par la prise de drogues intraveineuse.
- une contamination liée aux 2/3 par l'ignorance de sa maladie.
- un nombre d'IST déclarées en constante évolution depuis plusieurs années.

- **Dépistage organisé cancer du sein**

	Région	Seine-Maritime	Eure	France
2012-2013	58.4 %	59.7 %	55.6 %	52.1%
2013-2014	58.3 %	59.4 %	56 %	51.9%

Encore très éloignés du taux cible fixé dans le plan cancer 2009-2013 à 65% (et dans le référentiel européen à 70%), les taux de la région sont cependant supérieurs à la moyenne nationale et stables.

- **Dépistage organisé cancer colo-rectal :**

	Région	Seine-Maritime	Eure	France
2012-2013	32.3 %	32.3 %	32.2 %	31%
2013-2014	29.6 %	28.6 %	31.7 %	29.8%

Encore plus éloignés du taux cible fixé dans le référentiel européen à 45%, les taux de la région sont proches de la moyenne nationale et sont en baisse. La mise en place du nouveau test devrait permettre d'augmenter les taux de manière significative.

- **Tuberculose**

Un taux faible de déclaration de la maladie en Haute-Normandie (taux de déclaration de 5,0 pour 100 000 habitants en 2011, bien en dessous de la moyenne nationale, située à 7,7), avec des différences importantes en fonction des territoires.

- **Maladies chroniques**

Malgré des taux de mortalité prématurée supérieurs, la Haute-Normandie affiche des taux d'admission à l'ALD proches des valeurs nationales.

Période 2005-2013 : Tx standardisé d'admission en ALD
(pop. réf. PSE 2013) source : SCORE-Santé

	2008	2009	2010	2011 ^(p)	2012 ^(p)
France hexagonale	2 422	2 509	2 536	2 478	2 446
Haute-Normandie	2 391 (2)	2 515 (1)	2 627 (2)	2 548 (2)	2 443 (1)

1 écart non significatif

2 écart significatif

2.2.2.2 BILAN DE LA STRATEGIE MISE EN ŒUVRE : BONNES PRATIQUES, LEVIERS / DIFFICULTES

La stratégie de l'ARS repose sur la mobilisation des acteurs régionaux et locaux pour aller-vers les populations qui sont les plus éloignées du système de santé.

L'animation d'un comité de pilotage régional dépistage des cancers a permis de faire le point sur les pratiques en cours et les données probantes dans ce domaine.

Le renforcement de la concertation avec le COREVIH a permis de mieux percevoir les difficultés rencontrées au niveau régional et de soutenir le dynamisme des commissions spécialisées de ce comité.

2.2.2.3 ACTIONS MISES EN ŒUVRE

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

- mise en place d'une coordination régionale avec l'assurance maladie pour le dialogue de gestion des structures de dépistage organisé des cancers ;
- 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...) ;

- évaluation de l'activité et du fonctionnement des structures de dépistages organisés dans le cadre des conventions passées avec l'ARS (en cours) ;
- 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 une analyse et de trouver d'autres leviers ;
- lutter contre les inégalités sociales de santé :
 - o élaboration d'un référentiel régional basé sur les données probantes connues,
 - o 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 ;
- renforcer la prévention des cancers de la peau :
 - o 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 (un projet sur Fécamp devrait être soutenu en 2015).
 - o 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.
- Etude 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.

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

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 une relativement 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. Les résultats de l'évaluation nationale ne sont pas encore connus et la montée en charge progressive ne permet pas davantage de recul pour tirer des enseignements de l'évaluation régionale même si le rapport plus grand entre nombre de dépistages et nombres de positifs par rapport au dispositif de dépistage classique confirme cependant la pertinence de cette offre spécifique en faveur des publics cibles. Par ailleurs, dans une région à faible prévalence VIH, la perspective de combiner avec le TROD VHC rendra encore plus pertinente cette stratégie de dépistage ciblé.

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

Des différences de qualité de prestation et de couverture territoriale subsistent entre les deux départements. Une évaluation de l'ensemble des missions recentralisées (assuré 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 réforme en cours des CDAG / CIDDIST (création de CeGGID au 1^{er} janvier 2016) devrait permettre d'une part d'améliorer l'offre globale de dépistage dans les lieux de consultation et d'autre part d'améliorer la couverture territoriale (attente du cahier des charges national → procédure d'appels à projets courant été 2015).

Au niveau régional, les financements et les programmes d'actions du COREVIH font l'objet d'une concertation annuelle entre ce comité et l'ARS. Le COREVIH est bien positionné comme structure ressource en région et le dynamisme de la plupart de ses commissions de travail est à souligner :

- Commission « accident d'exposition aux virus »
- Commission « éducation thérapeutique »
- Commission « prévention »
- Commission « prison »
- Commission « personnes vieillissant avec le VIH »
- Commission "prise en charge en ville"

- **Renforcer la lutte contre la tuberculose**

L'évaluation des missions recentralisées a permis d'élaborer un document d'orientation régionale qui repositionne clairement les missions des CLAT.

2.2.2.4 RESTE A REALISER

- **Dépistages des cancers**

- Adoption et mise en œuvre du plan d'actions suite à l'évaluation des structures de gestion de dépistage organisé :
 - o mise en place de groupes de travail portant notamment sur les missions des médecins coordonnateurs, l'organisation RH, les processus de gestion de l'activité, la redéfinition des missions de prévention et d'information ;
 - o favoriser les échanges de pratiques et les mutualisations entre les deux structures.
- Mise en place du plan d'actions définis par le COPIL dans la perspective plus large de la déclinaison régionale du plan cancer 3.

- **Dépistages du VIH, des IST et des hépatites B et C**

L'objectif prioritaire est de mettre en œuvre la création des CeGIDD (fusion CDAG-CIDIST), dans une stratégie régionale globale de promotion de la santé des populations qui suppose :

- d'une part, d'intégrer les notions de santé sexuelle positive et de parcours
- d'autre part, de poursuivre un objectif de réduction des inégalités territoriales et sociales de santé.

Le déploiement des Trod VHC sera également à organiser.

Enfin, l'accompagnement de la recomposition du COREVIH (ouverture – couverture régionale...) est à assurer (attente d'une position nationale).

- **Lutte contre la tuberculose**

S'il existe certaines spécificités propres à chacun des territoires de santé, l'évaluation a confirmé qu'il est nécessaire de définir une politique régionale prenant en compte la situation épidémiologique et l'organisation actuelle de la lutte antituberculeuse. Un rééquilibrage des effectifs et donc des financements plus en lien avec l'activité et le périmètre des missions confiées sera réalisé.

Un accompagnement de la mise en place des orientations régionales est à mettre en place :

- recentrer l'activité des CLAT sur les enquêtes autour des cas,
- définir les modalités de suivi des personnes atteintes de tuberculose,
- définir et mettre en œuvre une stratégie régionale de dépistage parmi les populations à risque,
- définir les publics cibles et prioriser les actions de formation et d'information.

- **Dépistage des maladies chroniques**

En matière d'obésité, la priorité est d'organiser une observation fine de la santé des enfants (OR2S, en lien avec l'Education Nationale et les Départements).

Pour les autres maladies chroniques, il s'agit de :

- développer une stratégie de promotion de dépistage précoce en lien avec les professionnels de santé libéraux et les associations de patients, en priorité sur le diabète et la BPCO ;
- définir et mettre en place un plan de sensibilisation des professionnels du secteur médico-social aux enjeux du dépistage des maladies chroniques ;
- organiser une mobilisation accrue des RLPS et ASV sur les stratégies de promotion du dépistage du diabète et de la BPCO chez les publics en situation de précarité.

2.2.3 POURSUIVRE LA STRUCTURATION DE L'ETP

2.2.3.1 SITUATION REGIONALE

	2011	2012	2013	2014
NOMBRE DE PROGRAMMES	63	94	102	113
PROGRAMMES HOSPITALIERS PUBLICS ET PRIVES HORS SSR ET PSY (FI MIG)	43	64	71	81
ETP EN VILLE (FI RESEAUX)	5	5	5	4

Le nombre de programmes augmente, mais la part des programmes hospitaliers reste prédominante et les disparités territoriales restent fortes.

Par ailleurs, les maladies chroniques restent inégalement couvertes par des programmes ETP (cancer et obésité notamment sont peu représentés au regard des problématiques de santé de la région).

2.2.3.2 BILAN DE LA STRATEGIE MISE EN ŒUVRE : BONNES PRATIQUES, LEVIERS / DIFFICULTES

La stratégie de structuration de l'ETP en Haute-Normandie repose :

- sur la volonté de mieux mettre en lien l'offre avec les besoins de la population, en particulier les publics les plus éloignés, dans une approche intégrée au sein de chaque territoire de santé :
 - o en développant l'offre d'ETP en ambulatoire,
 - o en ouvrant les programmes existants sur la ville pour toucher les publics les plus éloignés des dispositifs de soin,
 - o en réorientant sur les priorités régionales (cancer en particulier),
 - o en promouvant une approche transversale (pluripathologies) et mutualisée,
- sur le développement de l'évaluation du dispositif.

Le modèle économique pour développer l'ETP en ville n'étant pas stabilisé (fin des ENMR, apparition d'Asalée...), la concrétisation de la stratégie arrêtée dans le SRP est difficile. Cependant, la structuration en UTEP monte en charge de façon encourageante.

2.2.3.3 ACTIONS MISES EN ŒUVRE

- **Développer sur les territoires une offre d'ETP pour les pathologies chroniques prises en charge en mode ambulatoire**

L'appui sur les réseaux de santé a connu des retards et des difficultés : en ce qui concerne le diabète, la disparition de l'association «Diabète de l'Estuaire » est intervenue, mais l'extension de Maredia a permis une meilleure couverture du territoire régional. En revanche, l'évaluation du fonctionnement du REPOP HN a conduit à sa disparition, sans que les relais puissent être anticipés.

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.

- **Favoriser la formation des professionnels de santé à l'ETP**

Quelques formations ont été financées pour encourager la dynamique de professionnalisation des acteurs de l'ETP. Aujourd'hui, 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.

- **Intégrer l'ETP dans les projets de maisons ou pôles de santé pluri-professionnels**

4 MSP et 1 pôle disposent d'un programme ETP autorisé. La fin de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR) et la mise en place d'Asalée ont modifié les positionnements des acteurs engagés dans l'ETP : 2 MSP ont choisi Asalée et ont dû renoncer au programme ETP.

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.

- **S'assurer 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).

- **Assurer une cohérence régionale de l'évaluation de l'activité d'ETP**

Le comité de pilotage ETP a été mis en place et réuni une fois par an. L'accompagnement des coordonnateurs de programme dans le dispositif d'évaluation a été conduit par l'ARS avec l'aide de l'IREPS, financée à cet effet dans le cadre de sa convention pluriannuelle d'objectifs. La coordination interne à l'ARS est assurée.

- **Renforcer les actions d'accompagnement, d'aide aux patients et à leur entourage**

Une information a été diffusée sur les recommandations de la DGS suite à l'AAP national pour l'intégration des patients et de leurs aidant à tous les stades de la mise en place de programmes ETP

Plusieurs programmes ETP autorisés ont intégré cette donnée suit 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.

2.2.3.4 RESTE A REALISER

Les principaux chantiers à engager sont :

- 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) :
 - o précarité : mise en place d'un indicateur (ex : score EPICE) pour évaluer et adapter les programmes. Intégrer cet indicateur dans les critères d'évaluation des programmes,
 - o personnes en situation de handicap et personnes âgées : accompagner les UTEP dans une réflexion sur les leviers à activer pour permettre leur inclusion dans les programmes.

2.3 OBJECTIF DE RENFORCEMENT DES ACTIONS DE PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE DANS LES TERRITOIRES PRIORITAIRES

Le tableau suivant présente les territoires identifiés comme prioritaires dans le schéma régional de prévention.

Territoires de santé	Territoires prioritaires de niveau 1	Territoires prioritaires de niveau 2
Territoire du Havre	Le Havre Gonfreville l'Orcher Fécamp Pont-Audemer	Harfleur Goderville Fauville-en-Caux Saint Romain de Colbosc
Territoire de Dieppe	Dieppe Saint Valery en Caux	Blangy-sur-Bresle Offranville
Territoire de Rouen	Rouen Saint Etienne du Rouvray Oissel Le Petit Quevilly Elbeuf Cléon Val-de-Reuil Louviers	Sotteville-Lès-Rouen Caudebec les Elbeuf Neufchâtel en Bray Yvetot Aumale
Territoire d'Evreux Vernon	Bernay Verneuil sur Avre Breteuil sur Iton	Le Neubourg Rugles

On entend par territoire prioritaire celui de la commune pour les zones urbaines et le canton pour les zones rurales.

Ces territoires ont été soutenus par l'ARS notamment dans le cadre des contrats locaux de santé, le renforcement des dispositifs de coordination et de l'allocation des crédits de santé publique.

2.3.1 LES CONTRATS LOCAUX DE SANTE (CLS)

Les contrats locaux de santé 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 l'articulation sur le territoire, repéré comme ayant des besoins spécifiques en termes de politique de santé, des programmes et actions de santé développés par les acteurs relevant du champ de la santé ou de tout autre champ pouvant avoir un impact sur 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 en discussion ou préparation
- CLS de la Communauté d'Agglomération Seine-Eure (CASE) signé le 29 juin 2012, - CLS de la Communauté d'Agglomération du Havre (CODAH) - CLS de Saint-Etienne-du-Rouvray - CLS de Dieppe - CLS de Rouen - CLS d'Evreux et intercommunalité signé le 7 janvier 2014, - CLS de Pont-Audemer signé le 10 février 2014.	- CLS Elbeuf et intercommunalité, - CLS vallée de la Bresle-Yères, - CLS du Pays du Vexin Normand, - CLS du Pays Risle-Charentonne, - CLS de la Communauté d'Agglomération des Portes de l'Eure (CAPE).

Quasiment tous les territoires prioritaires de niveau 1 sont donc couverts par un CLS. A noter que la démarche a été proposée sans succès par l'ARS aux villes de Fécamp et de Verneuil-sur-Avre pour le pays Avre-et-Iton (ce qui n'a pas permis de répondre à la demande du territoire de Rugles).

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.

L'engagement pluriannuel des crédits de santé publique de l'ARS au titre de ces contrats s'élève à **296 451 €**.

2.3.2 LE RENFORCEMENT DES DISPOSITIFS DE COORDINATION

Comme indiqué au point 1.2.2.1 du présent document, ces dispositifs ont été renforcés :

- pour le territoire de santé de Dieppe : création d'un réseau local de promotion de la santé avec pour objectif de développer les actions de PPS dans les territoires de santé prioritaires (pas inscrit dans le SRP mais identifié dans le projet de santé de territoire),
- pour le territoire de Neufchâtel : mise à disposition de temps de coordonnateur de RLPS dans la perspective de la création d'un RLPS,
- création d'un RLPS sur le pays de Risle-Charentonne dans le cadre du CLS de Pont-Audemer
- création d'un atelier santé ville (ASV) à saint-Etienne-du Rouvray dans le cadre du CLS signé avec la ville
- renforcement des postes ASV de la CODAH avec un déploiement sur le centre ancien
- création en cours d'un poste ASV partagé pour les territoires de Canteleu et Rouen (en renfort)
- création en cours d'un poste RLPS en appui sur les communes prioritaires ne disposant pas d'un ASV (Petit-Quevilly – Oissel – Maromme)

ANNEXE 1

SITUATION REGIONALE ELEMENTS COMPLEMENTAIRES

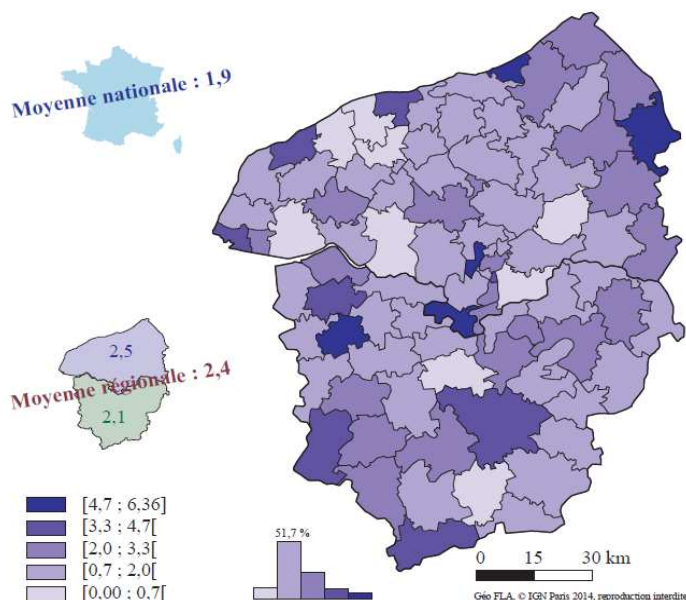
PERINATALITE ET PETITE ENFANCE

- Evolution des grossesses précoces

La faiblesse des effectifs nécessite l'agrégation de plusieurs années : sur la période 2006-2012, le nombre annuel de naissances en Haute-Normandie est de 23 792, soit un indice conjoncturel défécondité de 2 (égal à celui de la France hexagonale).

Le nombre haut-normand de naissances de mères de 12 à 17 ans est de 167, soit un taux de fécondité de 2,4 pour 1000 femmes de 12 à 17 ans contre 1,9 pour la France hexagonale (5ème rang hexagonal). Les quatre territoires de santé sont au-dessus de la moyenne nationale mais les territoires les plus concernés sont le territoire de santé du Havre (2,9) et le territoire de santé de Dieppe (2,7).

Taux de fécondité pour les femmes de 12-17 ans en Haute-Normandie, par canton, entre 2006 et 2012



- Evolution des IVG

(source : Drees)

	2010	2011	2012	2013
Nombre d'IVG en HN	5 612	5 378	5 216	5 401
Nombre d'IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans en HN	13,4	12,9	12,6	13,2
Nombre d'IVG pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans en France hexagonale	14,7	14,6	14,5	15,3
Nombre d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 17 ans en HN	10,7	10,4	9,8	8,5
Nombre d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 17 ans en France hexagonale	11,3	10,5	9,9	9,7

Le taux de recours à l'IVG est moins important qu'au niveau national pour l'ensemble des femmes et proche du niveau national pour les mineures mais en baisse en 2013 (plus important en Seine-Maritime). Cela représente 337 IVG chez les mineures en 2012 dans la région. Les taux sont relativement stables : une légère baisse sur 2 ans est observée, suivie d'une légère hausse en 2013. En 2014, la tendance nationale serait à la baisse selon la Drees (chiffres non encore publiés).

	2010	2011	2012
Part du recours aux IVG médicamenteuses en HN	50.8	53.7	55.4
Part du recours aux IVG médicamenteuses en France hexagonale	54.7	55.4	56.6

La Haute-Normandie se caractérise par un recours aux IVG médicamenteuses en-dessous de celui de la France hexagonale (notamment en établissement) mais le taux progresse plus rapidement qu'au niveau national.

- **Consommation d'alcool pendant la grossesse / SAF**

En 2008, 11% des haut-normandes disaient avoir consommé de l'alcool pendant leur grossesse (enquête ORS). Aucune donnée régionale plus récente n'est disponible.

Quant au SAF (syndrome d'alcoolisation fœtale), c'est un événement rare : l'analyse statistique au niveau régional pose des difficultés de fiabilité. Au niveau national, on estime qu'il concerne 7000 enfants par an (1% des naissances). Une donnée havraise fait état de 3 nouveaux nés concernés pour 1000.

- **Suivi des grossesses**

L'entretien prénatal précoce (EPP) représente depuis 2005 une avancée pour la prise en compte des demandes, craintes et émotions des femmes enceintes.

La dernière enquête périnatale nationale de 2010 a mis en évidence que l'EPP n'est pas assez souvent réalisé (autour de 20 %) avec des variantes selon les régions (de 11 % en région parisienne à 31 % dans l'Ouest).

En 2012, une enquête, permettant d'estimer la pratique de l'EPP, ses modalités de réalisation et l'issue donnée au terme de l'entretien, a été organisée par des réseaux de santé en périnatalité (RSP). Cette étude a mis en évidence, en 2012, en France, un taux brut d'EPP à 41.1 % (IC : 38.8 % - 43.3 %). Par ailleurs, les informations relatives à l'EPP ont été données principalement par une sage-femme (54.2 %) ou par un médecin (18.5 %). Enfin, les EPP ont été faites par une sage-femme libérale à 47 %, par une sage-femme de maternité à 40.5 %, par une sage-femme de PMI à 6.4 %, par un gynécologue-obstétricien à 4.4 %, un médecin généraliste à 0.8 % des cas. Concernant plus précisément la Haute-Normandie, le taux d'EPP trouvé était de 43.5 %.

La différence de résultat sur le taux d'EPP est due au fait que la question relative à la pratique de l'EPP n'était pas posée de la même façon entre les deux études. La comparaison 2010-2012 est donc épidémiologiquement difficile à réaliser et le taux de prévalence en 2012 doit être interprété avec prudence.

Concernant l'allaitement maternel (travail stagiaire master 2 santé publique, sage-femme, en 2015, stage à l'ARS, pôle PPS)

Taux d'allaitement au sein initial (Source Drees, remontée des services de PMI)

	2010	2011	2012
France entière	57.6 %	57.4 %	66.7 %
Eure	38.4 %	41.4 %	56.9 %
Seine-Maritime	48.5 %	47.1 %	58.2 %

Les taux d'allaitement au sein à la naissance sont significativement plus bas dans les départements de Haute-Normandie que dans la France entière (2010, 2011, 2012). Ainsi, alors que le taux d'allaitement au sein à la naissance est de 57 % en 2010 et 2011 pour la France entière, il est compris entre 38 et 41 % sur la même période pour l'Eure, et entre 47 et 48 % pour la Seine-Maritime. Une augmentation importante du taux d'allaitement au sein à la naissance est observée pour la France entière entre 2011 et 2012. Une évolution similaire est retrouvée en Haute-Normandie, particulièrement marquée dans le département de l'Eure.

Durée de l'allaitement maternel par département haut-normand et France entière : (Drees, remontée des services de PMI)

	Enfants nés en 2010			Enfants nés en 2011		
	France entière	Eure	Seine-Maritime	France entière	Eure	Seine-Maritime
<6 semaines	9.3 %	7.7 %	9.3 %	9.6 %	9.1 %	8.1 %
6 semaines à 3 mois	14.1 %	11.7 %	11.4 %	9.2 %	8.4 %	7.6 %
3 à 6 mois	15.1 %	10 %	13.3 %	19.5 %	13.7 %	15.8 %
>6 mois	19.1 %	9 %	14.5 %	19.1 %	10.2 %	15.6 %
Pas d'allaitement	42.4 %	61.6 %	51.5 %	42.6 %	58.6 %	52.9 %

La proportion de femmes ayant allaité au moins trois mois a augmenté entre 2010 et 2011 puisque plus de deux tiers des femmes ayant accouché en 2011 et ayant débuté un allaitement maternel, au niveau France entière, ont allaité au moins trois mois. Une progression similaire était observée pour l'Eure et la Seine-Maritime.

Taux initial d'allaitement au sein selon la catégorie socio professionnelle (CSP) de la mère :

	Eure	Seine-Maritime
Actif	57.8 %	61.7 %
Retraité	50 %	62.5 %
Au foyer	51.9 %	54.7 %
Congé parental	72.9 %	61.2 %
Chômeur	51.1 %	49.2 %
Elève-étudiant	44.7 %	61.6 %
Autre inactif	49.3 %	58.9 %

La fréquence d'initiation de l'allaitement maternel varie selon la CSP de la mère. Les femmes en congé parental initient plus souvent un allaitement maternel.

Taux d'allaitement au sein et précarité

L'initiation de l'allaitement maternel est, d'après l'étude réalisée, significativement plus importante chez les non précaires que chez les précaires. Cela est retrouvé pour chacun des départements.

Evolution des taux d'allaitement jusqu'à 24 mois :

En Seine-Maritime, le taux d'allaitement au sein en 2012 diminuait fortement entre la naissance et le premier mois, puis de façon très progressive jusqu'à deux ans. Chez les femmes en congé parental, cette diminution apparaissait beaucoup plus linéaire et progressive dans le temps, avec une diminution très faible entre la naissance et le premier mois.

Dans l'Eure, la différence entre la CSP des femmes en congé parental et l'ensemble des autres CSP était également retrouvée.

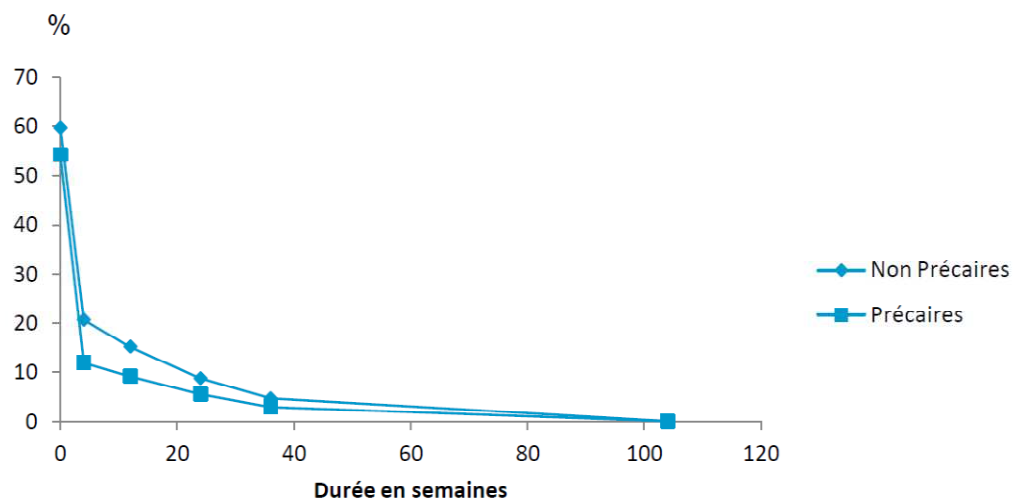


Figure 12 : Evolution des taux d'allaitement au sein de la naissance à 24 mois – Seine-Maritime 2012

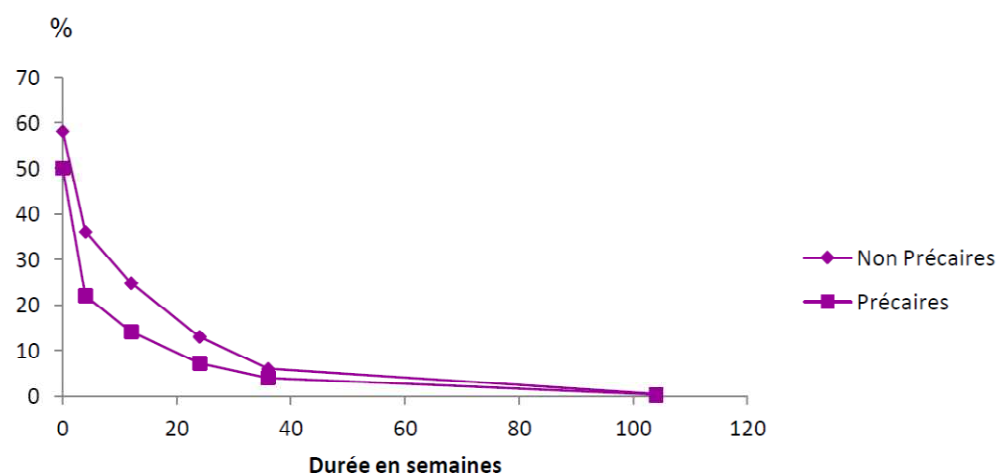


Figure 13 : Evolution des taux d'allaitement au sein de la naissance à 24 mois selon le statut de la mère – Eure 2012

Santé des jeunes

Période 2000-2011 : principales causes de décès par cause chez les hommes de 15-34 ans

(SCORE-Santé)

Total

Total	2009	2010	2011
France hexagonale	5 811	5 719	5 550
Haute-Normandie	212	179	171

1 - Traumatismes et empoisonnements

Traumatismes et empoisonnements	2009	2010	2011
France hexagonale	3 513	3 308	3 243
Haute-Normandie	123	102	97

2 - Symptômes, signes et états morbides mal définis

Symptômes, signes et états morbides mal définis	2009	2010	2011
France hexagonale	651	788	777
Haute-Normandie	30	29	31

3 - Tumeurs

Tumeurs	2009	2010	2011
France hexagonale	532	580	557
Haute-Normandie	16	15	21

4 - Mal. appareil circulatoire

Mal. appareil circulatoire	2009	2010	2011
France hexagonale	333	287	255
Haute-Normandie	15	10	5

5 - Mal. système nerveux et organes des sens

Mal. système nerveux et organes des sens	2009	2010	2011
France hexagonale	213	195	203
Haute-Normandie	8	7	7

Période 2000-2011 : Décès par cause chez les femmes de 15-34 ans

SCORE-Santé

Total

Total	2009	2010	2011
France hexagonale	2 195	2 028	2 059
Haute-Normandie	67	51	54

1 - Traumatismes et empoisonnements

Traumatismes et empoisonnements	2009	2010	2011
France hexagonale	805	726	711
Haute-Normandie	31	14	12

2 - Tumeurs

Tumeurs	2009	2010	2011
France hexagonale	523	472	475
Haute-Normandie	13	7	11

3 - Symptômes, signes et états morbides mal définis

Symptômes, signes et états morbides mal définis	2009	2010	2011
France hexagonale	235	256	255
Haute-Normandie	6	9	10

4 - Mal. appareil circulatoire

Mal. appareil circulatoire	2009	2010	2011
France hexagonale	148	134	154
Haute-Normandie	6	4	6

5 - Mal. système nerveux et organes des sens

Mal. système nerveux et organes des sens	2009	2010	2011
France hexagonale	122	94	105
Haute-Normandie	3	3	2

Evol. des décès par traumatismes et empoisonnements des 15–34 ans

Femmes de 15 à 34 ans

Traumatismes et empoisonnements

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Haute-Normandie	35	57	45	38	28	28	24	29	28	31	14	12
Eure	15	21	16	12	13	16	10	11	13	9	1	4
Seine-Maritime	20	36	29	26	15	12	14	18	15	22	13	8

Hommes de 15 à 34 ans

Traumatismes et empoisonnements

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Haute-Normandie	177	180	171	152	149	144	110	135	102	123	102	97
Eure	65	70	84	51	68	46	37	45	40	53	40	42
Seine-Maritime	112	110	87	101	81	98	73	90	62	70	62	55

Période 2000-2011 : Tx standardisé de mortalité prématurée

(pop. réf. PSE 2013)

SCORE-Santé

Toutes causes

Toutes causes	2006	2007	2008	2009	2010
France hexagonale	227	224	221	219	216
Haute-Normandie	263 ⁽²⁾	259 ⁽²⁾	255 ⁽²⁾	256 ⁽²⁾	252 ⁽²⁾

Tumeurs

Tumeurs	2006	2007	2008	2009	2010
France hexagonale	93	91	90	88	87
Haute-Normandie	108 ⁽²⁾	104 ⁽²⁾	102 ⁽²⁾	103 ⁽²⁾	100 ⁽²⁾

Trauma. et empoison.

Trauma. et empoison.	2006	2007	2008	2009	2010
France hexagonale	34	34	33	33	33
Haute-Normandie	37 ⁽¹⁾	36 ⁽¹⁾	37 ⁽²⁾	37 ⁽²⁾	37 ⁽²⁾

Mal. app. circulatoire

Mal. app. circulatoire	2006	2007	2008	2009	2010
France hexagonale	31	30	30	29	28
Haute-Normandie	36 ⁽²⁾	37 ⁽²⁾	36 ⁽²⁾	35 ⁽²⁾	33 ⁽²⁾

Alcoolisme

Alcoolisme	2006	2007	2008	2009	2010
France hexagonale	14	14	14	13	13
Haute-Normandie	20 ⁽²⁾	19 ⁽²⁾	18 ⁽²⁾	18 ⁽²⁾	18 ⁽²⁾

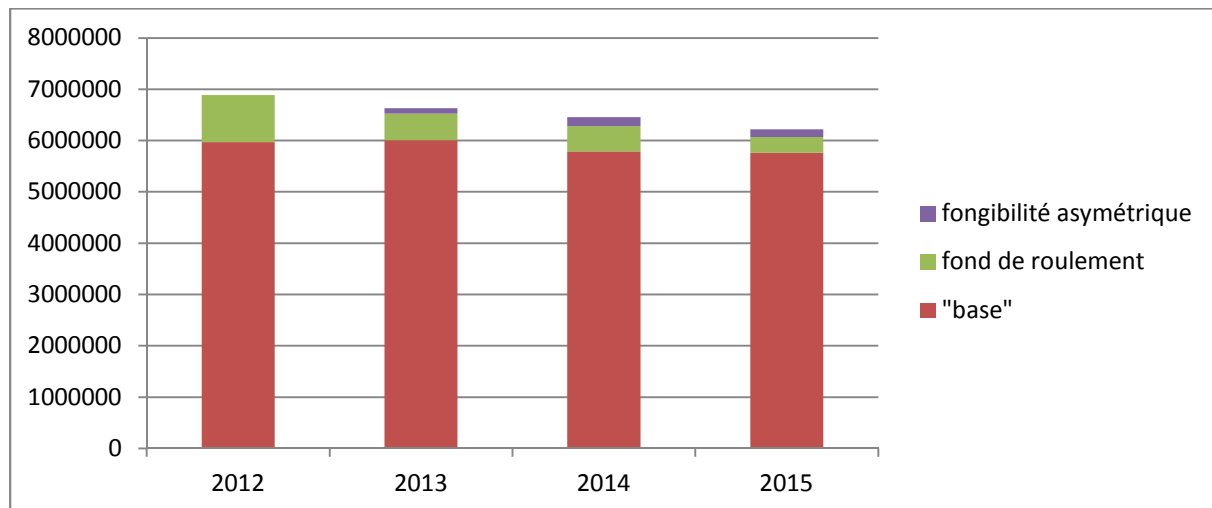
1 écart non significatif

2 écart significatif

ANNEXE 2 BILAN FINANCIER 2012 – 2014

Montant notification 2015 : 5 760 738 € (hors démocratie sanitaire et hors CDAG)

Une baisse progressive des dotations conjuguée à une réduction progressive du fond de roulement sans possibilité de compensation à hauteur par la fongibilité asymétrique dans le cadre du FIR (dans un contexte contraint).

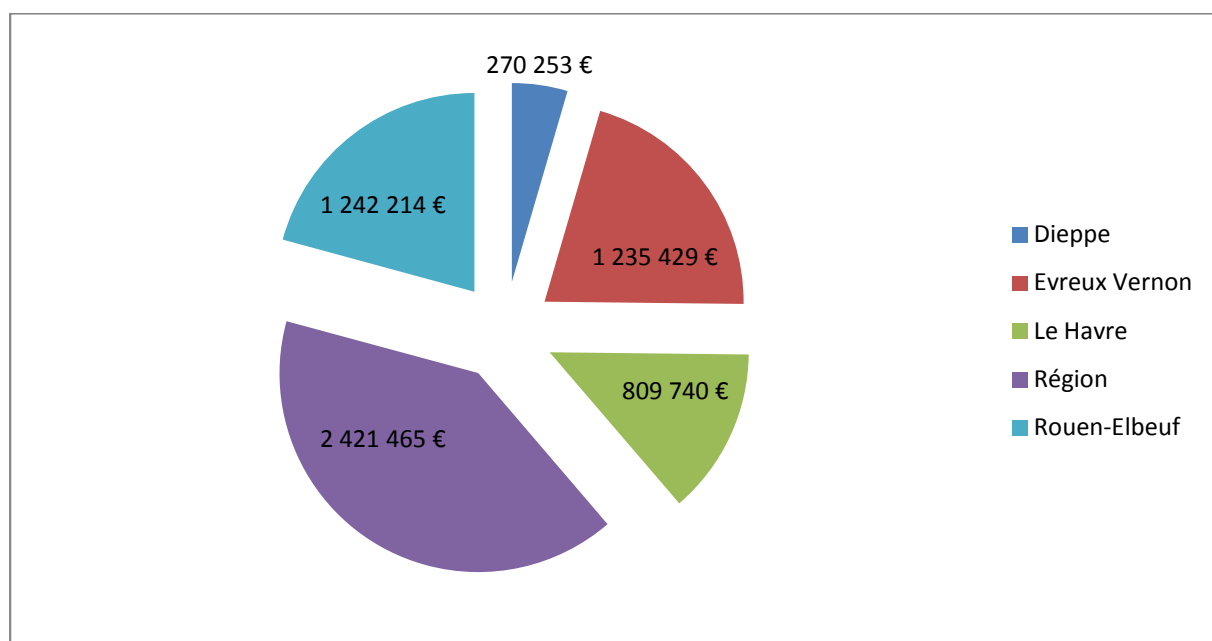


98 % du budget sur l'intervention (actions de prévention et promotion de la santé)

Les 2% de crédits de fonctionnement sont essentiellement fléchés sur le VAGUSAN, santé environnement, l'évaluation externe des actions, la communication.

87% des crédits d'intervention font l'objet d'une contractualisation pluriannuelle (avec des avenants financiers et des programmes d'activité annuels) au titre des opérateurs structurants du territoire et des contrats locaux de santé.

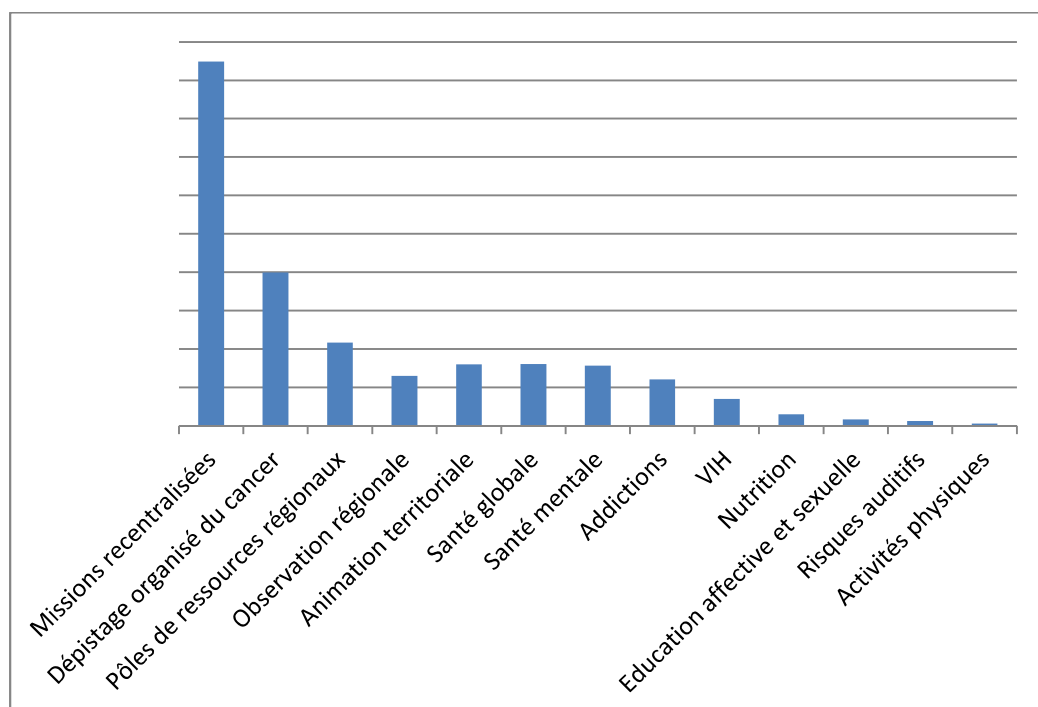
La répartition des crédits d'intervention 2014 par territoire de santé



- Une sur-représentation du territoire d'Evreux-Vernon, due à la part des missions «recentralisées» (dépißt. VIH-IST et vaccination) contrairement à la Seine-Maritime où elles sont assurées par le conseil départemental
- Une difficulté à mobiliser des actions sur le territoire de Dieppe, et sur le territoire du Havre (mais en progression constante)
- Une part importante des actions dites « régionales » mais qui déploient leurs interventions sur l'ensemble des territoires, en particulier sur les territoires prioritaires

Répartition des crédits contractualisés 2014

Thème de contractualisation	Montant 2014
Missions recentralisées	1 898 126 €
Dépistage organisé du cancer	798 751 €
Pôles de ressources régionaux	433 282 €
Observation régionale	259 800 €
Animation territoriale	319 251 €
Santé globale	321 000 €
Santé mentale	312 934 €
Addictions	242 000 €
VIH	140 400 €
Nutrition	60 000 €
Education affective et sexuelle	32 080 €
Risques auditifs	25 000 €
Activités physiques	12 000 €
Total contractualisation opérateurs	4 854 624 €
Contractualisation au titre des CLS	296 451 €
Total contractualisation	5 151 075 €



Les missions « recentralisées »

1/3 des crédits annuels confiés à des établissements hospitaliers pour assurer des missions

- de dépistage des IST et du VIH (*dans l'Eure*)
- de centre de vaccination (*dans l'Eure*)
- de lutte anti-tuberculose (*sur l'ensemble de la région*)

Total général 2014	1 964 126 €
CHI EURE ET SEINE	437 340 €
CENTRE HOSPITALIER DE GISORS	182 218 €
CENTRE HOSPITALIER DE LA RISLE	98 010 €
CENTRE HOSPITALIER DE VERNEUIL SUR AVRE	155 330 €
CHI ELBEUF LOUVIERS VAL DE REUIL	66 000 €
CENTRE HOSPITALIER DE BERNAY	145 915 €
CENTRE HOSPITALIER CHU DE ROUEN	393 653 €
GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE	350 660 €
CENTRE HOSPITALIER DE DIEPPE	135 000 €

- Crédits stables depuis plusieurs années (légère augmentation en 2014 et 2015 : création du centre de prévention de Louviers)
- En 2013 – 2014 : une évaluation du dispositif qui a conduit à réécrire des référentiels d'intervention en cours de déploiement
- En 2015 : réforme en cours des dispositifs de dépistages des IST (CeGGID)

Les opérateurs régionaux

- L'accompagnement des acteurs, formation : l'IREPS

2012	2013	2014	2015 (prévisionnel)
256 779 €	396 485 €	428 657 €	284 056 €

Base reconductible dans le contrat : 256 779 €

+ avenants sur des projets spécifiques (ex : évaluation des CLS)

- L'observation : l'OR2S

2012 (ORS)	2013	2014	2015 (prévisionnel)
145 000 €	137 223 €	264 000 €	195 000 €

Base reconductible dans le contrat : 195 000 € + avenants sur des projets spécifiques

Situation particulière → en 2012 : liquidation de l'ORS → et en 2013 : montée en charge progressive de l'OR2S

- La santé mentale : le GRAFISM

2012	2013	2014	2015 (prévisionnel)
195 734 €	140 749 €	172 130 €	173 934 €

2012 : création du GRAFISM (passage de relais du CH du Rouvray à l'association) : un fond de roulement de démarrage est inclus

- La prévention des addictions : les pôles de prévention compétents en addictologie (PPCA)

2012	2013	2014	2015 (prévisionnel)
179 228 €	167 628 €	237 944 €	249 000 €

Montant contractualisé cible à hauteur de 249 000 €

En 2012 et 2013 : des minorations importantes pour report de subventions non utilisées par l'ANPAA
→ a donné lieu à une évaluation globale de l'activité de l'association et a permis la mise en place d'un plan d'actions

L'animation territoriale

Les coordonnateurs de réseaux locaux de promotion de la santé (RLPS) et les ateliers santé ville (ASV) :

2012	2013	2014	2015 (prévisionnel)
420 385 €	428 290 €	354 251 €	423 741 €

Copilotage et cofinancements : conseil régional pour les RLPS et politique de la ville pour les ASV

Un portage assuré soit par des collectivités, soit par des établissements hospitaliers.

Un engagement croissant sur le dispositif mais des baisses constatées qui correspondent à des minorations (postes vacants en particulier).

Les contrats locaux de santé

Le CLS est avant tout un outil de coordination. Son accompagnement peut cependant faire l'objet d'une mobilisation financière spécifique :

- Mobilisation prioritaire des programmes de travail des opérateurs contractualisés (Grafism, ANPAA...)
- Financement complémentaires d'actions spécifiques de prévention : en 2013, crédits importants d'accompagnement → une partie a été réintégrée à partir de 2014 dans les conventions des opérateurs contractualisés

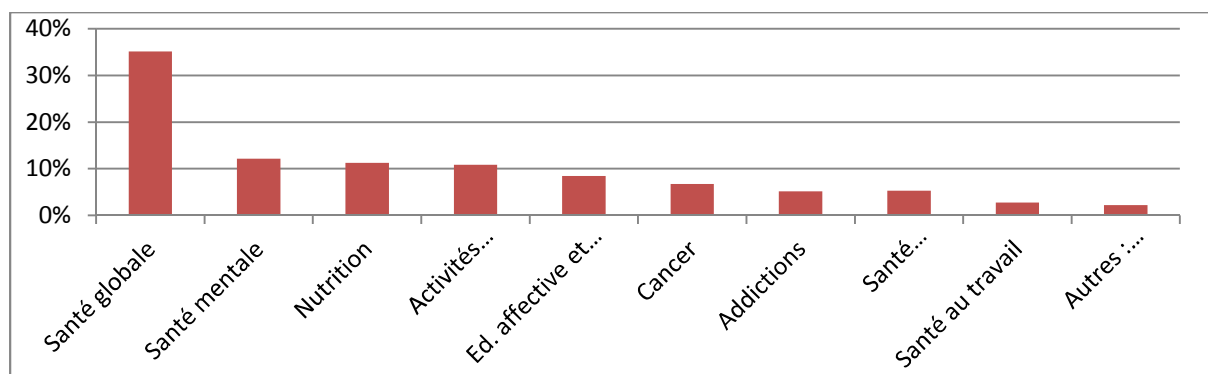
2013	2014	2015
521 380 €	296 451 €	250 471 €

- Valorisation de financements médico-sociaux ou sanitaires (ex: création de places...)

L'appel à projets annuel

Montants stables. Une légère baisse au profit de la contractualisation, plus structurante. L'AAP est cependant un outil d'animation des territoires.

2013	2014	2015
891 914 €	841 526 €	822 684 €



- Les plus fortes progressions : activité physique (cf plan SSBE déployé à partir de 2014) et santé mentale
- Addictions : en forte réduction en 2015 car progression de la part des crédits MILDECA affectés à la prévention

Les appels à projets complémentaires

SSBE (sport santé bien-être) : en 2014, des crédits médico-sociaux non reconductibles (140 000 €) ont permis de lancer un appel à projets pour développer l'activité physique (prévention des chutes et de la perte d'autonomie / lutte contre l'isolement) dans les établissements accueillant des personnes âgées.

MILDECA (mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives) : un appel à projets annuel sous l'égide de la Préfecture permet de consacrer environ 200 000 € par an à des actions de prévention, notamment en milieu scolaire (le calendrier et l'instruction sont communs avec l'appel à projets prévention ARS depuis 2015).

Autres crédits : l'éducation thérapeutique du patient (ETP)

Enveloppe globale MIG : 2,86 M€

	2011	2012	2013	2014
Nombre de programmes	63	94	102	113
Programmes hospitaliers publics et privés hors SSR et psy (fi MIG)	43	64	71	81
ETP en ville (fi réseaux)	5	5	5	4
ETP en ville (fi ENMR)	5	5	6	6

- Un dispositif très centré sur l'hôpital, avec une enveloppe « historique » MIG en décalage avec l'activité réelle
- Un souhait de développer l'ETP en ville → réorientation progressive des marges dégagées sur les programmes hospitaliers à partir de 2015

Autres crédits au titre des MIG hospitalières dans le champ de la santé publique (2014)

CDAG (dépistage VIH hors « missions recentralisées ») : 333 631 €

COREVIH (coordination régionale de lutte c/ l'infection VIH) : 520 370 €

PASS (permanence d'accès aux soins de santé) : 1 291 614 €

BILAN DU SCHÉMA RÉGIONAL DE PRÉVENTION

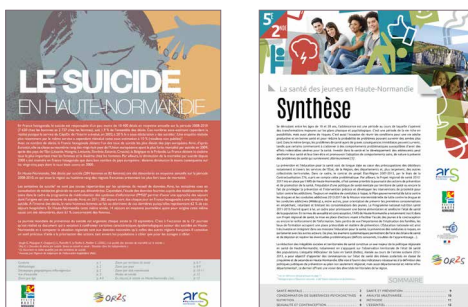
PUBLICATIONS IREPS/ARS

- Guide des CESC inter-degré / 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