

## L'intervention en prévention et en promotion de la santé en Ile-de-France 2018-2022

GUIDE D'ORIENTATION A  
L'INTENTION DES PARTENAIRES

Edition avril 2018

# Sommaire

<b>1/ PRÉAMBULE.....</b>	<b>2</b>
<b>2/ LES FONDEMENTS DE LA POLITIQUE DE L'AGENCE EN PREVENTION- PROMOTION DE LA SANTE.....</b>	<b>3</b>
2.1 Le cadre général .....	3
2.2 Les concepts structurants .....	4
<b>3/ LES PRIORITES DE L'ARS ILE-DE-FRANCE.....</b>	<b>9</b>
3.1 Le Programme Régional de Sante, feuille de route régionale .....	9
3.2 Les implications pour la Prévention-Promotion de la Santé .....	10
3.3 Des éléments de priorisation régionale pour une intervention adaptée répondant aux besoins .....	12
<b>4/ METHODOLOGIE D'INTERVENTION.....</b>	<b>16</b>
<b>Eléments de recommandation pour la construction et la mise en œuvre des interventions .....</b>	<b>16</b>
4.1 En lien avec l'axe 1 du PRS 2 (promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires) .....	16
4.2 En lien avec l'axe 2 du PRS 2 (une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente et efficiente) ..	17
4.3 En lien avec l'axe 3 du PRS2 ( permettre un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche ).....	18
4.4 En lien avec l'axe 4 du PRS2 ( permettre à chaque francilien d'être acteur de sa santé et des politiques de santé ) .....	19
4.5 En lien avec l'axe 5 du PRS2 ( inscrire la santé dans toutes les politiques ) .....	19
4.6 En Transversalité.....	20
<b>5/ FICHES THEMATIQUES.....</b>	<b>23</b>
FICHE n° 1 : PERINATALITE-PETITE ENFANCE.....	24
FICHE n°2 : CONDUITES ADDICTIVES .....	28
FICHE n°3 : LUTTE CONTRE LE TABAGISME .....	34
FICHE n°4 : CANCERS .....	39
FICHE n° 5 : NUTRITION ET ACTIVITE PHYSIQUE .....	42
FICHE n° 6 : HABITAT ET SANTE .....	46
FICHE n° 7 : SANTE MENTALE .....	50
FICHE n°8 : SANTE SEXUELLE ET PREVENTION DES MALADIES VIH-IST-HEPATITES.....	55
FICHE n° 9 : SANTE DES PERSONNES EN SITUATION DE GRANDE EXCLUSION SOCIALE .....	60
FICHE n° 10 : INTERVENTIONS GLOBALES A L'ATTENTION DES PERSONNES CONFRONTREES AUX .....	
DIFFICULTES SOCIALES.....	63
FICHE n° 11 : SANTE DES JEUNES .....	66
FICHE n°12 : VACCINATION .....	72
<b>6/ANNEXES .....</b>	<b>75</b>
Annexe 1 : Prendre en compte les inégalités sociales de santé (ISS) dans les interventions.....	76
ANNEXE 2 : Contruire un projet : méthode.....	77
ANNEXE 3: Evaluation – Les propositions d'indicateurs par type d'action .....	78
ANNEXE 4 : Eléments de priorisation territoriale .....	81
ANNEXE 5 : Glossaire .....	82
ANNEXE 6 : Coordonnées des Délégations Départementales et du siège ARS Ile-de-France.....	83

# 1/ PRÉAMBULE

---

*La stratégie nationale de santé 2017 a souhaité donner une place beaucoup plus centrale à la prévention et à la Promotion de la santé dans le système de santé. « C'est en faisant de la prévention et de la promotion de la santé une priorité que la France pourra passer de la situation qu'elle connaît – celle d'un pays avec un très bon système de soins – à ce qui doit être son objectif : devenir un pays ayant, dans tous les domaines, un excellent système de santé ». [Agnès BUZIN - Ministre des Solidarités et de la santé, La stratégie de prévention en santé - Compte rendu du Conseil des ministres du 30 août 2017).*

*Le Programme Régional de Santé (PRS), ossature de la politique régionale de santé depuis la loi de modernisation du système de santé, réaffirme dans son cadre d'orientations stratégiques du PRS2, l'ambition collective d'investir sur la prévention, les territoires et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. En 2018, ce guide est construit sur la base du PRS2.*

*Pour construire et mettre en œuvre sa politique, l'ARS s'appuie sur un partenariat local et régional important pour que les pratiques soient portées au plus près des usagers, des habitants, dans une démarche collective de coopération en santé mieux adaptée aux besoins des populations. On citera les acteurs institutionnels (Etat, Collectivités Territoriales, Assurance Maladie, Education Nationale ...), les professionnels du secteur sanitaire, du secteur social, et médico-social, les associations et les usagers et les habitants.*

*Investir collectivement dans la prévention et la promotion de la santé est un enjeu exigeant qui suppose de disposer d'éléments d'évaluation permettant de vérifier que ces actions ont bien le bénéfice attendu sur la santé des citoyens et sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.*

*L'enjeu de ce guide est d'informer les partenaires sur les orientations de la politique régionale de l'Agence en matière de Prévention et Promotion de la santé. Il est aussi d'explicitier les principes d'action et les recommandations pour sa mise en œuvre dans un souci de transparence et d'équité vis-à-vis des acteurs qui s'engagent dans des actions d'intervention en santé publique.*

*Les actions relevant du champ réglementaire telles que les actions portées par les dispositifs structurels (CVAX, CEGGID, SGDOC, CLAT, LHSS, LAM, CSAPA...), l'éducation thérapeutique, la recherche en santé publique, la télémédecine et la santé numérique ne sont pas développés dans ce guide. Nonobstant leur contribution à la politique de l'Agence, ces activités réglementées font l'objet d'un traitement différent et/ou spécifique.*

\*\*\*

## 2/ LES FONDEMENTS DE LA POLITIQUE DE L'AGENCE EN PREVENTION-PROMOTION DE LA SANTE

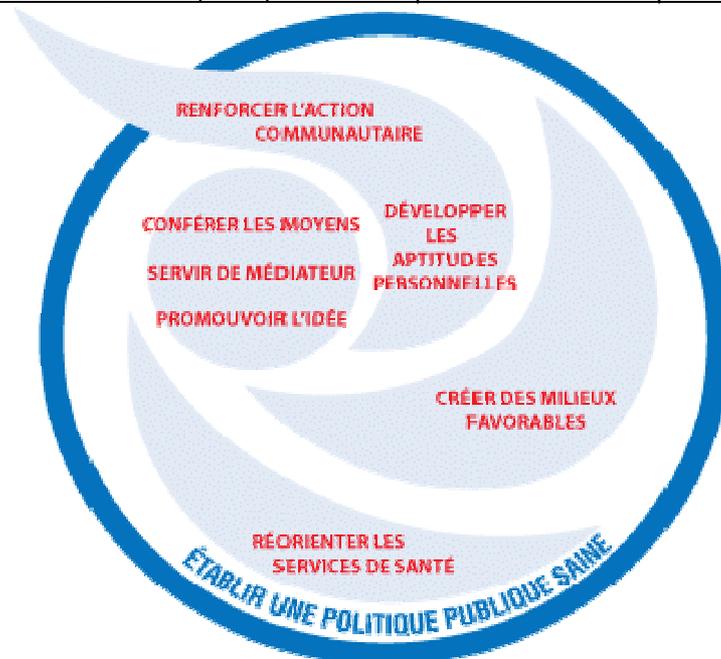
---

### 2.1 Le cadre Général

Rappelons que la promotion de la santé telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) est le **processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci**. Elle repose sur le concept de santé tel que l'OMS le définit, comme « un état global de santé et de bien-être »

La politique de promotion de la santé de l'ARS Ile-de-France est fondée sur les principes énoncés par la charte d'Ottawa en 1986

La Charte d'Ottawa (1986) définit cinq domaines d'action prioritaires



Source : Conférence Internationale sur la promotion la santé, Ottawa (Canada), du 17 au 21 novembre 1986

La santé est ici perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et la promotion de la santé met l'accent sur les ressources environnementales (dont sociale, réglementaires, urbanistiques...) et personnelles des individus. La promotion de la santé vise à donner aux individus davantage de maîtrise sur leur propre santé et de moyens de l'améliorer via l'adoption de modes de vie et de choix favorables à la santé.

Entendue comme une politique visant à ne pas se centrer sur la maladie, mais sur la personne et son environnement social ou physique, la promotion de la santé est conçue comme un processus de dynamique sociale et se traduit par des actions encourageant les capacités de choix de la personne et prenant en compte son environnement de vie. Des choix individuels d'autant mieux maîtrisés que l'environnement y est favorable.

Des modes d'intervention dans les actions à mener en promotion de la santé sont distinguées. Citons celles décrites par Jacques Morel (2007, Belgique) :

- des actions qui visent les comportements individuels : « c'est tout le champ de l'information, de l'éducation pour la santé ; la promotion de la santé vise à permettre aux gens d'accroître leur capacité d'agir, d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de faire des choix favorables ».
- des actions qui visent « à modifier l'environnement social et politique, à développer des politiques publiques saines par la prise de conscience de « l'impact santé » des politiques, à assurer des milieux de vie favorables, à développer l'action communautaire » ... « et à réorienter les services vers la promotion de la santé ».

## 2.2 Les concepts structurants

Nous en avons retenu 11, comme éléments essentiels et structurants pour la compréhension et la mise en œuvre de la politique de l'agence. Les définitions sont issues pour l'essentiel du PromoSanté, du site Santé Publique France, et de l'OMS ([www.promosante-idf.fr](http://www.promosante-idf.fr); [www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr); [www.iledefrance.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2018-2022](http://www.iledefrance.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2018-2022))

### - La Prévention

Les actions de prévention comprennent l'ensemble des actions qui permettent soit de prévenir la survenue des problèmes de santé (prévention primaire), soit de les détecter précocement et d'éviter leur aggravation (prévention secondaire), soit encore de pallier leurs conséquences ou complications (prévention tertiaire). La prévention est dite « passive » lorsqu'elle ne nécessite pas la participation active des personnes concernées (par exemple lorsque l'on modifie l'environnement pour réduire l'exposition à un risque) (SNS2)

### - Les Inégalités sociales de santé

« Les inégalités sociales de santé (ISS) correspondent aux différences d'état de santé observées entre des groupes sociaux. Elles font référence aux différences observées dans la relation entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale (selon des indicateurs comme ses revenus, son niveau d'études, sa profession, etc.). Les ISS concernent toute la population selon un gradient social. » [Santé publique France].

Selon Santé Publique France « Les inégalités sociales de santé sont considérées comme de véritables iniquités en santé, c'est-à-dire comme des « différences dans le domaine de la santé qui sont inacceptables et potentiellement évitables, mais, de plus, qui sont considérées comme inévitables et

injustes. Le terme a donc une dimension morale et éthique » avec une notion d'équité qui renvoie à la théorie de la justice sociale et au développement de conditions favorables à la santé pour tous, avec en toile de fond l'idée de réduire les écarts de santé au niveau le plus bas possible.

Les inégalités sociales de santé ne sont pas synonymes de précarité, de pauvreté ou d'exclusion sociale. Elles existent au sein de la société selon un gradient social.

« Les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas à une opposition entre les personnes pauvres et les autres. [...] Elles suivent une distribution socialement stratifiée au sein de la population. En d'autres termes, chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité, de morbidité plus élevée que la classe immédiatement supérieure. » [Santé publique France].

La santé est bien une question sociale –et politique– au sein de laquelle les inégalités sociales jouent un rôle majeur. [Fabrique territoire santé]. Réduire les inégalités en santé est un impératif éthique. [Commission des Déterminants sociaux de la Santé, 2008, OMS].

De nombreux travaux sur l'équité en santé sont disponibles sur le site de l'Association internationale pour l'équité en santé : International Society for Equity in Health.

En IDF, nous utilisons l'indice IDH 2, indicateur composite disponible à l'échelle de la commune pour caractériser les populations des territoires à l'aune de leur situation socio-sanitaire.

### **- L'universalisme proportionné**

L'universalisme proportionné est né du constat que, ni les approches universelles, ni les approches ciblées, ne parvenaient à réduire les inégalités sociales de santé.

Sir Michael Marmot a ainsi défini le concept d'universalisme proportionné en 2010, à la demande du Ministère de la santé britannique, dans le but d'aplanir la pente du gradient social.

Julie Poissant (INSPQ) en donne la définition suivante : mettre en œuvre des actions de prévention universelle / promotion de la santé s'adressant à l'ensemble de la population (= universalisme), et agir sur chaque catégorie de la population selon ses besoins (= proportionné).

### **- L'empowerment**

L'expression « développement du pouvoir d'agir » est une traduction du terme anglais « empowerment ». Il s'agit d'une approche qui vise à permettre aux individus, aux communautés et aux organisations d'avoir plus de pouvoir d'action et de décision, plus d'influence sur leur environnement et leur vie, dans un souci d'équité. Chaque individu, chaque communauté, à quel qu'endroit où qu'il se situe dans l'échelle sociale, possède un potentiel, des ressources et doit pouvoir utiliser celles-ci pour améliorer ses conditions d'existence.

### **-Le plaidoyer**

Les environnements où vivent, travaillent, étudient, se récréent les populations ont un fort impact sur leur état de santé et peuvent être particulièrement générateurs d'inégalités. Or, aux plans institutionnel et politique, ces derniers sont pris en charge par des acteurs de différents niveaux dont la santé n'est pas le mandat principal, et qui prennent alors des décisions dont les conséquences sur les déterminants de la santé ne sont pas pensées. Il s'agit notamment d'autres administrations de l'Etat et des collectivités territoriales.

« Le plaidoyer est une stratégie incontournable en matière de santé populationnelle ». Il s'appuie sur l'action collective pour provoquer un changement systémique. Il vise à modifier les facteurs en amont qui

agissent sur les déterminants sociaux de la santé. Le plaidoyer confirme l'importance de s'engager dans les processus politiques pour obtenir les changements d'orientation souhaités sur les plans organisationnels et systémiques.

« Le plaidoyer permet d'influencer les processus décisionnels afin de générer des changements positifs dans l'intérêt des personnes et de leur milieu de vie. » [Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS)].

Aussi, pour une meilleure prise en compte de la santé, la transformation de certaines pratiques ou politiques sont nécessaires et nécessitent des efforts de collaborations entre secteurs. Le plaidoyer consiste à chercher à influencer ces pratiques ou politiques dans le sens recherché, en l'occurrence celui de l'amélioration de l'état de santé. Outre une stratégie de communication, d'information et de sensibilisation, il passe par l'élaboration de partenariats stratégiques visant à construire une vision partagée des problèmes et des stratégies d'intervention mutuellement bénéfiques.

### **- La santé communautaire**

Selon l'OMS, la santé communautaire est le « processus par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale, réfléchissent en commun sur les problèmes de leur santé, expriment leurs besoins prioritaires et participent activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités. » [OMS]

La santé n'est évidemment pas le seul secteur de la vie sociale où on appelle à la participation des acteurs ; se mobiliser, se prendre en main, agir plutôt que subir, exercer sa capacité citoyenne.

Concrètement, dans un programme de promotion de la santé, elle s'exerce à 3 niveaux

- La consultation des personnes : questionnaires, entretiens et/ou réunions de groupe
- La co-construction : construire avec une population identifiée ses priorités de santé
- La codécision : prise de décision alliant populations et professionnels

### **- La « littératie » en santé**

Le pouvoir d'agir en santé implique de faire progresser la littératie en santé. Elle désigne l'aptitude à comprendre et à utiliser l'information, afin d'accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information et les services pour prendre des décisions en santé, maintenir et améliorer sa santé et celle de son entourage dans divers milieux au cours de la vie. Elle est aujourd'hui considérée comme un déterminant de la santé.

La littératie en santé recouvre « des caractéristiques personnelles et des ressources sociales nécessaires aux individus et aux communautés » pour réaliser des choix éclairés dans un environnement de plus en plus complexe.

### **- L'éducation pour la santé**

L'OMS en donne la définition suivante : « Tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin. » [OMS, 1983]

« L'éducation pour la santé est la composante des soins de santé qui vise à encourager l'adoption de comportements favorables à la santé. [...] Par l'éducation pour la santé, on aide les gens à élucider leur propre comportement et à voir comment ce comportement influence leur état de santé. On les encourage à faire leurs propres choix pour une vie plus saine. » [OMS, 1990].

## **- Les compétences psycho-sociales (CPS)**

L'OMS en donne la définition suivante : « La capacités d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. » [OMS, 1993].

« Elles se situent dans une perspective d'action, sont en grande partie apprises et sont structurées en combinant savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir. Elles sont impliquées dans tous les moments de la vie (life skills), notamment dans l'apprentissage scolaire et la santé. » [Jacques Fortin, 2012]».

Elles sont reconnues aujourd'hui comme un déterminant majeur de la santé et du bien-être. Les données de la littérature (une quinzaine de synthèses depuis 2004) ont démontré que leur développement favorise l'adaptation sociale et la réussite éducative et contribue à prévenir les conduites à risque (drogues illicites, tabac, alcool), les problèmes de santé mentale et les comportements violents et sexuels à risque. Aussi, les ateliers de développement des compétences psychosociales à destination des enfants et des parents figurent parmi les stratégies de prévention et de promotion de la santé les plus anciennes et les plus reconnues. Les CPS sont particulièrement développées dans la fiche 7 (santé mentale).

## **- La médiation en santé**

Elle s'appuie sur l'intervention d'un tiers pour faciliter la circulation d'informations, éclaircir ou rétablir des relations avec le système de santé. Le médiateur est un tiers facilitateur, neutre et indépendant. Le concept de médiateur pair, d'expert usager ou d'adulte-relai fait appel à la notion d'entraide entre des personnes ayant des expériences de vie proches. C'est le cas d'anciens patients, ou patients stabilisés, intervenant auprès de personnes souffrant de la même problématique de santé.

## **- L'interprétariat en santé**

C'est un service important dans la relation soignant-soigné des non Francophones. L'interprète professionnel a des règles de fonctionnement, de formation (compétences sémantiques et conceptuelles), d'éthique et de déontologie (neutralité, objectivité, secret professionnel). Au-delà du bilinguisme, c'est un professionnel formé à l'écoute et en capacité à rester dans une attitude de profonde neutralité, tout en garantissant le respect de la confidentialité. Il participe au libre choix et à l'autonomie des personnes dans les décisions qu'elles prennent au regard de leur santé. Il limite les malentendus ou incompréhensions liés à la barrière linguistique et parfois à certaines représentations culturelles du soin et de la maladie.

La présence d'un interprète dès l'accueil dans les structures médicales et sociales permet d'établir un premier niveau de communication et favorise la relation soignant-soigné.

Il est possible de faire appel à des compétences linguistiques internes aux équipes soignantes, aux partenaires, et/ou d'utiliser des outils en ligne tel le logiciel de traduction TRADUCMED avec lequel l'agence a contractualisé, et d'autres outils comme des livrets santé bilingues... Mais dans certaines situations particulières ou complexes, comme en cas de psycho-traumatisme ou de consultation d'annonce, la mobilisation d'un interprète professionnel en direct est quasi-incontournable.

## **-Le concept d'« aller-vers »**

Il désigne un mode opératoire où le professionnel fait la démarche de se rendre directement dans les lieux fréquentés par les publics en besoin de soins mais éloignés des dispositifs de santé. L'objectif est d'établir une relation de confiance avec les personnes rencontrées, afin de les informer, de les aider à

exprimer une éventuelle demande de soins, d'identifier les renoncements aux soins, les besoins d'accompagnement dans l'accès aux droits et de les orienter vers les structures et dispositifs adaptés.

Les lieux d'intervention sociale comme les accueils de jour, les sites de distribution alimentaire ou les structures d'hébergement sont des lieux privilégiés, ainsi que le développe le PRAPS2 dans son chapitre 3.2.2

Toutes les actions qui se réclament d'une démarche d'« aller vers » ne nécessitent pas un déplacement physique des intervenants. Elles peuvent se déployer virtuellement, par téléphone, par mail, voire par internet, dans certains contextes et auprès de certaines populations non visibles dans l'espace public (par le biais de forum ou de tchat spécialisés par exemple sur la prostitution). Le déplacement peut aussi être symbolique, en travaillant à la réduction de la distance pouvant exister entre les codes du public cible et ceux des intervenants (à travers la pratique du non-jugement, le recrutement de personnel pair, l'adaptation des horaires d'ouverture...).

## 3/ LES PRIORITES DE L'ARS ILE-DE-FRANCE

---

### 3.1 Le Programme Régional de Santé, feuille de route régionale

Le PRS1 disposait d'un schéma de prévention à part entière, dans lequel cinq orientations générales avaient été dressées :

- Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé
- Favoriser l'intégration de la prévention dans les parcours de santé
- Améliorer la qualité globale de l'offre de prévention
- Augmenter la culture du « signalement » et du risque chez les acteurs de santé, les acteurs institutionnels et les citoyens
- Mobiliser les professionnels de santé pour renforcer la veille sanitaire

Le PRS2 réaffirme cet engagement, notamment sur les actions partenariales répondant aux besoins des franciliens. Il se compose de 5 axes de transformation du système de santé et se décline en 27 projets prioritaires qui mettent tous l'accent sur la réduction des inégalités sociales de santé précisés ci-dessous :

#### **Axe 1 : promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires**

- 1.1 Faire émerger et soutenir des dynamiques territoriales intégrées
- 1.2. Intégrer le repérage précoce dans des parcours de santé individualisés
- 1.3. Optimiser les parcours grâce aux services et outils numériques
- 1.4. Offrir des guichets intégrés pour l'appui aux parcours complexes
- 1.5. Mettre en place un accompagnement thérapeutique de proximité
- 1.6. Expérimenter des modes de financement favorisant la qualité des parcours

#### **Axe 2 : une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente et efficiente**

- 2.1. Améliorer la connaissance des besoins et de la qualité des réponses
- 2.2. Prioriser les moyens en fonction des besoins
- 2.3. Anticiper et optimiser les prises en charge non programmées
- 2.4. Améliorer la qualité des prises en charge en renforçant leur pertinence et leur sécurité
- 2.5. Faire évoluer les plateaux médicotechniques dans une logique territoriale de gradation des prises en charge
- 2.6. Mettre en œuvre un panier de services pour les jeunes enfants

#### **Axe 3 : permettre un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche**

- 3.1. Mettre en place une organisation régionale de promotion et de diffusion des innovations dans les territoires
- 3.2.. Encourager le développement de la recherche et l'usage de l'e-santé au service de nouvelles modalités de prévention et de promotion de la santé
- 3.3. Accompagner la diffusion de technologies et d'organisations innovantes favorisant le maintien sur le lieu de vie des personnes les plus vulnérables
- 3.4. Soutenir l'innovation et la recherche au service de la qualité et de la pertinence des prises en charge

#### **Axe 4 : permettre à chaque francilien d'être acteur de sa santé et des politiques de santé**

- 4.1. Développer le pouvoir d'agir des usagers à titre individuel et collectif
- 4.2. Renforcer la participation des habitants à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de santé
- 4.3. Développer le pouvoir d'agir des habitants par l'information de proximité

#### 4.4. Faciliter l'accès à une information en santé de qualité grâce au numérique

##### **Axe 5 : inscrire la santé dans toutes les politiques**

- 5.1. Mettre en œuvre une stratégie de plaidoyer en faveur de la santé globale
- 5.2. Créer les conditions d'habitat, de logement et d'hébergement favorables à la santé des publics les plus fragiles
- 5.3. Généraliser les démarches d'intégration de la santé dans l'urbanisme et l'aménagement dans le contexte du Grand Paris
- 5.4. Renforcer la prise en compte des enjeux de santé dans la politique de la Ville
- 5.5. Créer les conditions favorables à la pratique d'activité physique et faciliter l'accès à une alimentation saine et suffisante

**Le Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)**, dédié aux personnes en situation d'exclusion ou de grande pauvreté, constitue un des volets du Projet Régional de Santé. Il a vocation à renforcer l'accès aux soins et à la santé de ces publics au sein du système de santé de droit commun et s'inscrit ainsi dans la politique de réduction des inégalités sociales de santé portée par l'Agence.

Le deuxième PRAPS privilégie une approche plus resserrée et opérationnelle permettant un meilleur suivi des préconisations sur les cinq prochaines années.

Le Projet Régional de Santé est disponible sur <http://prs.sante-iledefrance.fr>

## 3.2 Les implications pour la Prévention-Promotion de la Santé

**La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé est le pilier de la politique de santé de l'Agence**

Même si l'état de santé de la population francilienne est globalement meilleur que celui de la population française dans son ensemble, la région se caractérise par de fortes inégalités de santé inter et intra départementales détaillées dans le Cadre d'orientation stratégique du PRS2 5– cf. site Internet de l'ARS : [www.ars.iledeFrance.sante.fr](http://www.ars.iledeFrance.sante.fr)

Aussi, en Ile-de-France, les contrastes sociaux des territoires et l'existence de quartiers très relégués et marqués par une pauvreté profonde et étendue, et/ou par des conditions de vie très dégradées, rend légitime l'approche territoriale micro-locale.

On citera à titre d'exemple la périnatalité : la région Ile-de-France se caractérise par des indicateurs de santé périnatale plutôt défavorables par rapport au niveau national, en particulier en ce qui concerne la mortalité périnatale et infantile. Cette problématique est principalement prégnante en Seine-Saint-Denis mais également sur d'autres infra-territoires de la région au sein du Val d'Oise, de l'Essonne, ou de la Seine-et-Marne.

Il y a un impératif à s'inscrire dans une démarche de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. A ce titre, l'ARS souhaite se mobiliser sur les domaines d'intervention développés ci-dessous :

- **Faciliter l'action coordonnée des professionnels au service de la santé des individus (axe 1 du PRS2)**

Les actions de promotion de la santé supposent de la concertation et de la coordination des acteurs sur le terrain. C'est l'un des principes issus de la Charte d'Ottawa qui souligne la nécessité d'une appréhension coordonnée sur l'ensemble des déterminants de santé.

Sur ces principes, l'ARS Ile-de-France définit et conduit sa politique de Santé publique, en concertation avec ses partenaires, notamment au travers de la Commission de Coordination des Politiques Publiques (CCPP) dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile et de la commission « prévention » de la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA).

De nouveaux partenariats pourraient être plus largement développés sur les territoires de santé, avec les communautés professionnelles territoriales de santé, les réseaux de santé, les équipes pluridisciplinaires des programmes d'ETP, les PMI ... Citons l'exemple de la gestion du rattrapage vaccinal suite à pénurie de vaccins, celui de la recrudescence épidémique de la rougeole..., pour lesquels l'exercice de coordination avec les CLAT, les PMI, les centres de santé est précieuse.

- **Adapter la réponse aux besoins de santé des populations via une organisation concertée d'acteurs (axe 2 du PRS2)**

Un des objectifs de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) est de développer l'approche territoriale de la santé des populations. Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a constaté que la santé publique, au sens de la santé des populations et de la prise en compte de ses besoins, est peu présente dans les textes, et que des objectifs de santé publique pouvaient et devaient être fixés dans chaque territoire (13 mars 2017).

Une démarche de coalition d'acteurs est aujourd'hui conduite sur des territoires défavorisés, et sur des problématiques de santé à enjeux (troubles des apprentissages, renoncement aux soins, populations invisibles ...). L'approche devrait, dans un court terme, pouvoir être modélisée et étendue sur d'autres territoires, orientée sur une réponse aux problématiques identifiées localement (diagnostic partagé par les acteurs).

- **Développer les connaissances pour la décision et l'innovation en santé (axe 3 du PRS2)**

L'investissement sur le renforcement de la connaissance doit permettre de mieux appréhender les besoins auxquels l'Agence doit répondre avec les acteurs de la région. L'ambition réside dans la mise à disposition des informations issues de la recherche, des agences et des autorités sanitaires, et d'un travail collaboratif pour l'utilisation de ces données partagées dans la décision en santé.

L'innovation doit aussi trouver sa place dans les réponses apportées aux populations dans le cadre de démarches structurées et modélisables. Il s'agit notamment d'accompagner le développement et l'intégration de solutions innovantes (organisationnelles, technologiques, sociales, ...) facilitant l'accès et l'usage du système de santé.

- **Renforcer le pouvoir d'agir des personnes (axe 4 du PRS2)**

L'approche vise à permettre aux individus de développer leur pouvoir d'influence sur leur environnement, et d'action sur leurs conditions de vie, de prise en charge, et d'appropriation du parcours de santé. La terminologie anglaise qui se rapporte à ce pouvoir d'agir est qualifiée d'empowerment.

Il est ici question de prendre en compte et valoriser le savoir expérientiel des personnes concernées

pour mieux l'accompagner dans son parcours de santé. Il est aussi question de rendre accessible l'information en santé en proximité de vie pour favoriser l'implication dans le parcours de santé et d'organiser les conditions d'un environnement favorable à la santé (logement, éducation, accès aux services, offre de proximité ...).

Dans cet esprit, l'Agence a engagé en 2017 une démarche de coalition d'acteurs visant une meilleure convergence des interventions et des dynamiques locales, et ayant vocation à dépasser les barrières sectorielles.

- **Agir sur les déterminants de la santé (axe 5 du PRS2)**

« Agir sur les déterminants de la santé » est reconnu par l'ensemble des acteurs comme le levier principal d'amélioration de l'état de santé d'une population et de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. On se place ici dans une approche écologique et systémique de la santé qui met en évidence les interactions complexes entre les personnes, les groupes et leur environnement (habitat, conditions de travail, conditions de déplacement, quartiers ...).

Il est question de s'attacher aux déterminants socio-environnementaux qui favorisent la santé et qui permettent aux interventions de réduire les iniquités en santé et gagner en efficacité. C'est ici que les actions de plaidoyer ont toute leur place pour un environnement favorable à la santé et pour leur contribution à « l'équité en santé ». On est ici dans une approche intersectorielle entre acteurs qui vise la convergence des politiques publiques contribuant à la santé des individus.

### **3.3 Des éléments de priorisation régionale pour une intervention adaptée répondant aux besoins**

Le contexte socio-économique et les besoins des populations nous amènent à proposer une stratégie de rééquilibrage de l'offre et de priorisation déterminée, sur trois axes :

#### **1. Des thématiques de santé prioritaires**

Au sein du PRS2, certaines thématiques de santé sont priorisées au sein de la direction au vu des caractéristiques sanitaires de la région

##### **Il s'agit de :**

- La périnatalité et la santé du jeune enfant
- La santé des adolescents et des jeunes adultes
- La santé mentale
- Les cancers
- Les maladies chroniques cardio-métaboliques
- La santé des personnes en situation d'exclusion (PRAPS)

##### **Au sein de ces thématiques de santé, l'accent sera porté sur :**

- La promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine
- La réduction de la consommation tabagique
- La réduction des risques en matière d'addiction
- La santé mentale
- La santé sexuelle et la prévention des IST-VIH-Hépatites
- Le développement de la vaccination
- La promotion des dépistages organisés des cancers
- La santé urbaine et habitat

Ces thématiques sont développées au chapitre 5 sous forme de fiches, précisant le sens de l'action à conduire, et les priorités d'intervention.

La santé des personnes en situation de précarité (fragiles, pauvres, ou vulnérables) est traitée, en sus des fiches thématiques sur une fiche santé globale ( fiche 10) pour faire apparaître l'importance particulière de s'inscrire en transversalité sur les différents thèmes de santé publique lorsqu'on intervient sur les populations précaires.

Nonobstant l'importance d'inscrire dans une dynamique de prévention-promotion de la santé d'autres populations telles que les personnes âgées et les personnes handicapées, ces populations ne sont pas traitées ici car bénéficiant d'efforts soutenus émanant d'autres directions de l'Agence et d'autres institutions, CNAV et CNSA notamment. De même, certains thèmes tels la santé bucco-dentaire ne sont pas développés ici pour les mêmes raisons.

## **2. Des territoires de santé prioritaires**

Certes il existe des pôles dynamiques, mais il existe encore « des zones blanches » en matière de prévention collective qui nécessite une action volontariste de rééquilibrage au profit de certains territoires insuffisamment pourvus en ressources de santé.

La méthode de hiérarchisation des priorités territoriales se poursuivra sur l'utilisation de l'indicateur Indice de Développement Humain l'IDH-2, disponible à l'échelle communale. Un indice très bas (à titre d'exemple, inférieur à 0,35) signe une situation socio-sanitaire très dégradée, et est révélateur de besoins importants en santé. Pour la région Ile de France, et dans la continuité du PRS1, les communes présentant un indicateur IDH2 inférieur à 0,52 feront l'objet d'un effort particulier pour l'allocation de moyens en santé (voir annexe 3).

### ***D'autres critères seront pris en compte :***

-**Le Contrat Local de Santé (CLS)**, outil structurant pour le partenariat avec les collectivités territoriales, traduit une volonté locale de s'inscrire dans une dynamique de coopération entre les acteurs de santé opérant dans les domaines de la prévention, de l'offre de soins et de l'accompagnement médico-social. Aussi, les projets portés par les communes et les opérateurs associatifs et publics, sur les territoires faisant ou devant faire l'objet d'un CLS seront priorités. La liste des communes en CLS est consultable sur le site de l'Agence : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Contrats-Locaux-de-Sante-CLS>

-**Le quartier politique de la ville** est aussi un indicateur important. En effet, les quartiers prioritaires de la politique de la ville se caractérisent par des écarts importants en termes d'état de santé de la population et d'offre de soins par rapport à la moyenne nationale ainsi qu'à celle de leur propre agglomération. L'offre médicale et paramédicale y est en moyenne deux fois moins importante. Leurs caractéristiques en matière d'état de santé rejoignent celles des populations généralement défavorisées. La mise en œuvre d'une politique territoriale de santé locale dans les quartiers prioritaires est facilitée depuis 2001 par le développement d'ateliers santé-ville (ASV), qui offrent un lieu d'échanges, de veille et de réflexion aux différents acteurs du territoire (accès à la santé, prise en charge de la souffrance psychologique, conduites à risque chez les jeunes, prévention des troubles alimentaires, etc...) <https://www.fabrique-territoires-sante.org/tout-savoir-sur-les-asv/les-territoires>.

Pour autant, concernant les **groupes sociaux particulièrement vulnérables ou exposés**, l'indicateur géographique n'a pas de valeur de pertinence (femmes enceintes précaires, personnes en situation de prostitution, jeunes en difficulté, migrants et réfugiés, détenus ou sortants de prison, etc.). Il s'agira alors de viser les lieux et milieux d'intervention (campements, centres d'hébergement, écoles, services,

espaces de vie, relais etc.) les plus propices à la rencontre de ces populations.

### **3. Des priorités organisationnelles**

L'Ile-de-France est marquée par une hétérogénéité de l'accès au système de santé dans un contexte de disparités et de fragmentations territoriales dans la répartition de l'offre de santé, avec une multiplicité de dispositifs qui ajoute à la complexité.

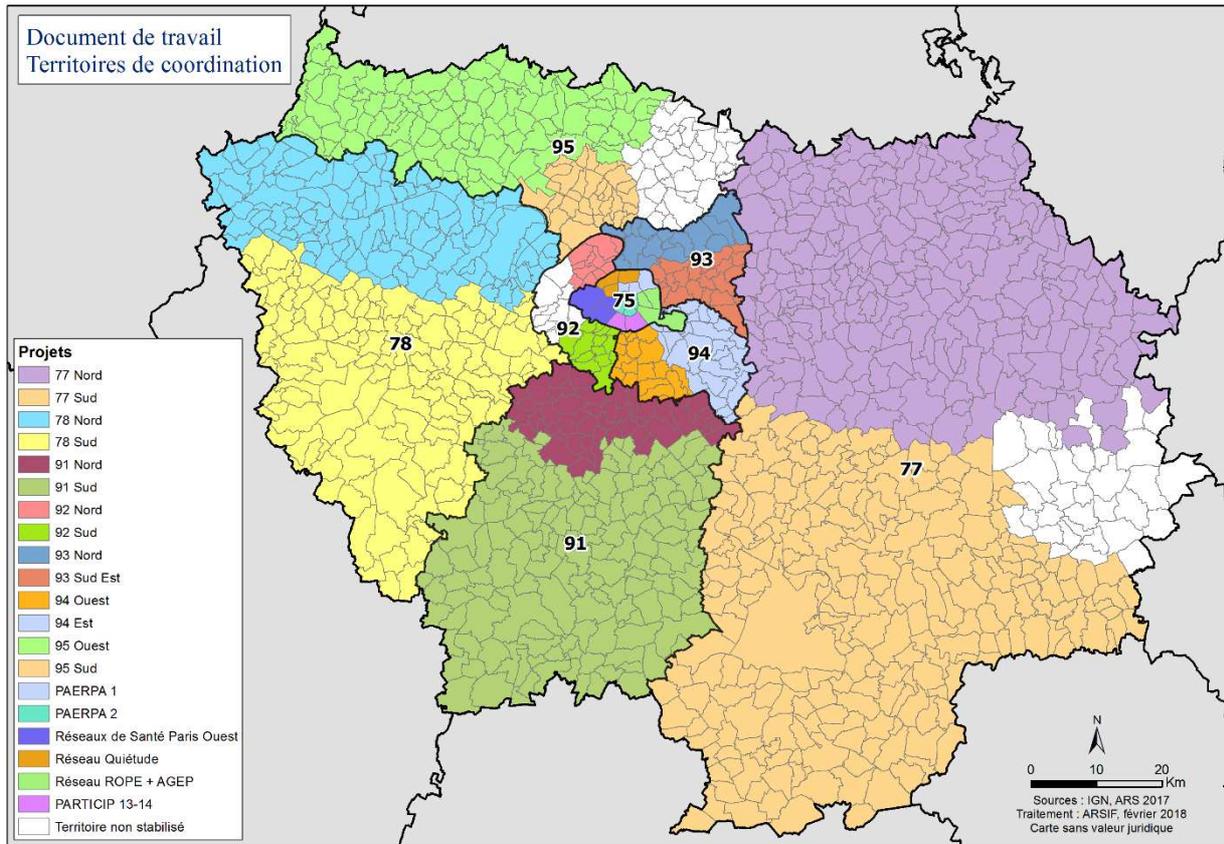
Le PRS2 porte, en principe, que « l'approche territoriale constituera le niveau et le levier principal de l'action ». Il est précisé dans son cadre d'orientation stratégique (COS) que « ce COS porte l'ambition d'un système de santé plus intégré, décloisonné, constitué autour de parcours de santé territorialisés, personnalisés, organisés au plus près du lieu de vie, ce qui impliquera une plus grande coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, seule à même de garantir la pertinence et la qualité d'une prise en charge garantes de la bonne utilisation des ressources collectives ».

Aujourd'hui, les territoires de santé, sous des acceptions multiples (démocratie sanitaire, convention AM, autorisations...), sont définis selon des périmètres variables ; ils mobilisent des dispositifs et des partenaires multiples (usagers, professionnels de santé, institutions sanitaires et sociales, élus...) La démarche de coalition d'acteurs se situe dans une logique de rapprochement des acteurs de santé et des acteurs sociaux dépassant la diversité de leurs modes d'exercice, et sur un dialogue de proximité pour la construction et la mise en œuvre d'actions de santé territorialisées.

La coopération d'acteurs au niveau d'un territoire de proximité est la priorité organisationnelle 2018-2022. L'écosystème en santé publique étant particulièrement dense ; de nombreux acteurs interviennent et assurent des activités de promotion de la santé. L'enjeu est de développer les démarches de coopération au niveau infra départemental pour gagner en mobilisation et en efficacité collective.

Sur la durée du PRS, des coalitions locales d'acteurs doivent se structurer dans l'ensemble de la région Ile-de-France. Ces coalitions vont agir au sein de « territoires de coordination », au nombre de 20 à 25 dont la carte vous est présentée ci-dessous (carte actualisée au 23 février 2018) <https://santegraphie.fr/>

Ces territoires de coordination ne seront pas nécessairement figés dans le temps et pourront s'adapter aux différentes évolutions institutionnelles, demandes des acteurs concernés ou aux résultats constatés.



## **4/ METHODOLOGIE D'INTERVENTION**

### **Eléments de recommandation pour la construction et la mise en œuvre des interventions**

---

L'état actuel des connaissances permet de dégager un certain nombre de principes d'intervention qui guideront l'action à conduire sur les prochaines années.

L'Agence portera une attention particulière aux projets conçus selon les recommandations présentées ci-dessous, en lien avec les orientations définies dans le PRS2 :

#### **4.1 En lien avec l'axe 1 du PRS 2 (promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires)**

- **Agir en concertation et en coordination avec les acteurs du territoire dans une approche parcours de santé**

On est ici dans une démarche au cours de laquelle les intervenants se coordonnent pour éviter les ruptures de parcours, les incohérences, les aléas de parcours, les redondances... En pratique l'amélioration du parcours de santé passe par la capacité des acteurs à s'organiser au niveau territorial, pour renforcer les échanges entre acteurs de santé et la communication entre eux. Elle implique une capacité des acteurs à appréhender l'individu dans sa globalité et à évaluer l'ensemble de ses besoins de santé. Elle implique aussi une capacité des acteurs à se coordonner dans la prise en charge.

##### **Reco 1.1**

Il est utile d'inciter le développement de dynamiques territoriales fondées sur un réel partenariat des acteurs de ville avec ceux de l'hôpital ; on est ici dans de nouvelles approches fondées sur des dynamiques endogènes suscitées et portées par les professionnels et acteurs de terrain.

L'attention de l'Agence sera portée sur la convergence du projet avec les actions et les ressources du territoire dans lequel il s'inscrit, ainsi qu'à la maturité de la démarche partenariale.

- **Développer le repérage précoce et l'intervention précoce**

De nombreuses ruptures de parcours sont dues à des fragilités, avec impact socio-sanitaire, qui auraient pu être détectées plus largement et prises en charge plus précocement.

Aussi l'écoute du patient doit être centrale pour que tous les signes d'alerte soient détectés. Cette dimension doit devenir plus centrale dans les pratiques.

L'objectif n'est pas tant de multiplier les outils de dépistage ou de repérage, qui souvent existent, que de les intégrer dans une démarche parcours de santé et dans la pratique professionnelle au quotidien.

Cela signifie également intégrer dans les démarches de repérage d'autres acteurs que ceux du soin, et notamment, les professionnels du quotidien, qui sont souvent les mieux placés pour détecter les signaux d'alerte tels que les éducateurs, professionnels de l'enfance, travailleurs sociaux.

Cela passe notamment par une mobilisation plus large des professionnels, soignants et non soignants, sur le repérage précoce, la mise à leur disposition d'outils adaptés à leurs pratiques, et par un système de santé qui évolue pour être plus perméable et réactif aux signaux d'alerte (comme par exemple, dans la protection de l'enfance et pour les femmes victimes de violences).

### **Reco 1.2**

Les acteurs doivent être impliqués dans l'élaboration d'outils pour s'assurer de leur pertinence et favoriser une large appropriation. Citons pour exemple les outils de repérage de la souffrance psychique des jeunes construits avec l'Education Nationale et les acteurs de terrain, et ceux construits avec les aidants pour le repérage des maladies neurodégénératives.

### **Reco 1.3**

Pour conduire des démarches de repérage précoce ou de dépistage, il importe de prévoir d'emblée le circuit d'adressage et de prise en charge. Le signal d'alerte doit pouvoir être systématiquement pris en compte dans un chainage qui va de l'alerte à l'orientation, et à la prise en charge.

### **Reco 1.4**

Développer le repérage précoce implique le fait de rendre accessibles ces outils en routine, en les faisant connaître et en les mettant facilement et largement à disposition des acteurs concernés.

Les acteurs doivent disposer d'outils simples, utilisables en routine pour alerter et orienter les personnes dans des parcours de santé individualisés qui répondent à leurs besoins.

## **4.2 En lien avec l'axe 2 du PRS 2 (une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente et efficiente)**

- **Agir en territorialité et en proximité**

L'approche territorialisée vise à permettre à la fois une réponse plus adaptée à la diversité des publics, dans une région aux contrastes sociologiques, démographiques et épidémiologiques marqués, mais aussi une meilleure accessibilité aux soins en prenant en compte l'offre disponible et la capacité de mobilisation des acteurs (habitants et professionnels).

L'organisation de l'offre à l'échelle du territoire doit permettre de répondre de façon graduée aux besoins de santé dans une forme d'exercice partagé, mutualisé et solidaire et s'affranchit des cloisonnements sectoriels historiques.

Cette approche suppose de travailler sur les territoires sur une convergence des actions pour gagner en efficacité collective et pour adapter les interventions au plus près des besoins des personnes.

### **Reco 2.1**

Les activités de proximité ne doivent plus être exercées de manière isolée mais s'insérer dans une organisation territoriale et s'adapter aux solutions liées aux spécificités du territoire sur lequel s'exerce l'action.

Ainsi, les projets proposés devront s'appuyer sur des collaborations et des partenariats renforcés avec les acteurs œuvrant dans les secteurs de la santé et les autres champs d'activité (hébergement, logement, éducation, services sociaux, ...) dans une logique de coopération et de coordination des acteurs à l'échelle du territoire de santé.

- **Systematiser la recherche d'efficience**

L'amélioration des pratiques professionnelles passe par le recours systématique à la recherche des informations qui permettent de caractériser un territoire en termes de données sociodémographiques et socio-économiques, en termes d'état de santé, de facteurs de risques et de déterminants y compris environnementaux et recueillir la perception des habitants et des professionnels sur les conditions de vie et le recours aux soins. La formation des acteurs à la conduite de projets, à la diminution des ISS, et le recours systématique à l'évaluation et à l'expertise bibliographique sont des axes essentiels dans la recherche d'amélioration des pratiques.

### **Reco 2.2**

L'attention sera portée sur la convergence du projet avec les actions et les ressources du territoire dans lequel il s'inscrit, ainsi qu'à l'optimisation des moyens humains et matériels, avec identification de synergies, de mutualisation et d'outils de coordination dans les actions à conduire.

Elle sera portée aussi sur la maturité de la démarche partenariale et l'inscription du projet dans une dynamique de coopération des acteurs à l'échelle d'un territoire.

### **Reco 2.3**

Pour le choix des interventions, on se référera aux synthèses de littérature scientifique disponibles sur le site de Sante Publique France, et plus généralement aux données de la bibliographie. Les actions doivent s'inspirer, autant que possible, d'interventions validées ou prometteuses, publiées en France ou à l'étranger.

### **Reco 2.4**

L'Agence s'attache à une recherche d'efficience dans les projets qu'elle soutient. Elle encourage les démarches de mutualisation d'outils et de process chaque fois que cela est possible.

## **4.3 En lien avec l'axe 3 du PRS2 (permettre un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche)**

L'innovation doit aussi trouver sa place dans les réponses apportées aux populations dans le cadre de démarches structurées et modélisables.

### **Reco 3.1**

Il s'agit d'accompagner le développement et l'intégration de solutions innovantes (organisationnelles, technologiques, sociales, ...) facilitant l'accès au système de santé et le maintien sur le lieu de vie des personnes les plus vulnérables.

## **4.4 En lien avec l'axe 4 du PRS2 (permettre à chaque francilien d'être acteur de sa santé et des politiques de santé)**

- **Renforcer la capacité d'agir et la participation citoyenne des habitants**

Les inégalités sociales de santé ne pourront être traitées sans un engagement des citoyens concernés et des acteurs de santé plus généralement. Dès lors, il est impératif de renforcer la capacité d'agir des personnes dans tous les groupes de la société et en premier lieu celui des plus défavorisés.

Cette approche implique de faire progresser la littératie en santé, pour que chacun puisse accéder à un niveau de connaissance qui lui permettra de faire un usage éclairé du système de santé.

### **Reco 4.1**

Aussi, les projets devront s'attacher à :

- Favoriser le développement des compétences des personnes, par la connaissance et la reconnaissance des points forts du milieu et de ses membres, pour donner aux personnes les moyens de faire des choix favorables à leur propre santé ;
- Renforcer la confiance et les savoir-faire des individus. (Développement des compétences psychosociales) ;
- Rendre possible et encourager la participation active des personnes concernées sur l'élaboration ou le déploiement de projets les concernant.

### **Reco 4.2**

La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé. Aussi, la participation active des personnes et de groupes de personnes dans les programmes et interventions de santé publique, doit être interrogée et recherchée systématiquement. Il s'agit de veiller à co-construire les projets en s'appuyant sur les acteurs eux-mêmes, qu'ils soient usagers ou professionnels de santé.

### **Reco 4.3**

Dans les territoires et structures à forte population non francophone et éloignée du système de santé, il est important de promouvoir l'intervention de médiateurs socio-sanitaires et l'usage de l'interprétariat en santé, pour faciliter l'accès des personnes au système de santé.

## **4.5 En lien avec l'axe 5 du PRS2 (inscrire la santé dans toutes les politiques)**

- **Agir sur l'ensemble des déterminants de la santé dans une approche décloisonnée**

Les comportements individuels n'expliquent pas à eux seuls l'état de santé des individus et les écarts de santé entre les groupes sociaux. Les comportements préjudiciables à la santé apparaissent associés aux positions inégales que les personnes occupent dans la hiérarchie sociale et l'état de santé résulte de l'action de déterminants socio-environnementaux qui s'accumulent et s'enchaînent au cours de la vie. De ce fait, les projets devront intégrer dans leur stratégie d'intervention l'action sur les déterminants sociaux de la santé dans une appréhension décloisonnée de ceux-ci (facteurs individuels, sociaux et environnementaux).

### **Reco 5.1**

L'analyse des déterminants en jeu est un temps essentiel et incontournable. Le projet doit être construit à partir d'une analyse de la problématique de santé, de ses déterminants et du contexte dans lequel il s'inscrit.

L'analyse s'attachera à :

- Considérer l'ensemble du spectre des inégalités en jeu (liées au genre, au territoire, au niveau socioéconomique, etc.) ;
- Intégrer les déterminants environnementaux de la santé comme des éléments centraux du diagnostic (emploi, logement, niveaux de pauvreté, accès à l'éducation ou aux droits, les conditions de vie urbaine, de transports) ;
- Identifier et décrire précisément les publics cibles et les stratégies d'intervention les plus pertinentes eu égard aux données de la littérature

### **Reco 5.2**

Des conditions de vie précaire, difficiles, nécessitent une adaptation des stratégies de Prévention-Promotion de la santé et des mesures d'accompagnement pour les populations auxquelles elles s'adressent. C'est ici que les services de médiation et d'interprétariat en santé et le développement de la littératie en santé ont toute leur place. De même les actions d'aller vers devraient pouvoir être privilégiées pour les populations très à l'écart des systèmes de santé.

Les objectifs relatifs à la santé des groupes sociaux de grande précarité sont rappelés dans le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).

## **4.6 En transversalité :**

### **L'évaluation**

L'ARS Ile-de-France souhaite un développement et une professionnalisation de la démarche d'évaluation pour assurer la conformité des actions aux objectifs régionaux et être en mesure de mesurer les effets pour les populations concernées.

Elle encourage les promoteurs à se saisir du dispositif d'auto-évaluation INPES ( ref ) afin de s'interroger sur les pistes d'amélioration de leurs actions en termes de qualité et d'efficacité dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue. L'évaluation doit aussi tirer parti de méthodes fondées sur le recours aux nouvelles technologies de l'information et de la communication ; ex : e-learning, bornes télématiques, géolocalisation....

### **Reco 6.1**

La démarche d'évaluation doit être systématique. Envisagée et construite dès le lancement de toute action, elle doit identifier indicateurs et outils de collecte et de reporting pour le suivi des données. C'est un processus qui accompagne et structure l'action dès sa conception jusqu'aux résultats.

L'attention des opérateurs est appelée sur l'importance d'identifier clairement pour chaque action les résultats attendus en termes de santé, qu'il s'agisse de résultats globaux de type meilleur accès aux soins et à la prévention ou, lorsqu'une action vise un nombre diversifié de thématiques, de résultats pour chacune de ces thématiques.

Les porteurs de projets sont invités à prendre en compte les éléments contenus dans l'annexe 3 « Evaluation : les propositions d'indicateurs par type d'action ».

### **Communication et prévention-promotion de la santé**

L'Agence développe des communications sur des sujets de sante publique pour faire avancer les connaissances, les perceptions et les opinions sur un certain nombre de sujets, indispensables préalables à d'éventuels changements de comportements. Sur les projets d'intervention, l'information-communication peut en effet s'avérer être un axe important de développement des projets, voire une condition de leur réussite.

Dans ce cadre, l'Agence investit – directement ou via ses partenaires - les espaces d'information, de sensibilisation, de discussion et de conviction que sont notamment les réseaux sociaux. Pour donner à voir la cohérence d'ensemble des politiques publiques menées, l'Agence souhaite également que, dans une relation partenariale affirmée, son soutien aux porteurs de projets soit visible (présence de son logo, mention sur les supports de communication, les outils de relations presse, les interventions orales...). La direction de la communication de l'Agence est à la disposition des partenaires pour faciliter ces insertions.

#### **Reco 6.2**

L'ARS souhaite que sa participation, son initiative, son financement apparaissent clairement dans les communications de ses partenaires. Cette clause est insérée dans le texte de la convention type

## 5/ FICHES THEMATIQUES

---

### Liste des Thèmes traités dans le guide

	PAGE
1. Périnatalité /Petite enfance	Page 23
2. Conduites addictives	Page 28
3. Lutte contre le tabagisme	Page 34
4. cancers	Page 39
5. Nutrition et activité physique	Page 42
6. Habitat et santé	Page 46
7. Santé mentale	Page 50
8. Santé sexuelle et prévention des maladies IST VIH -hépatites	Page 55
9. Santé des personnes en situation de grande exclusion sociale	Page 60
10. Interventions globales à l'attention des personnes confrontées aux difficultés sociales	Page 63
11. Santé des jeunes	Page 66
12. Vaccination	Page 72

## FICHE n° 1 : PERINATALITE - PETITE ENFANCE

### Chiffres clés :

178 167 accouchements enregistrés en Ile-de-France en 2016

Taux de mortalité infantile : 3.8% décès pour 1 000 naissances vivantes

Taux de prématurité : 7,1 pour 100 naissances vivantes

2 500 nouveau-nés de moins de 33 semaines d'aménorrhée par an

Taux de diabète gestationnel : 8,1 %

Taux de grossesse ayant fait l'objet d'un entretien prénatal précoce : 13,4 %

### Contexte

La santé périnatale (grossesse, accouchement, et les premiers jours de vie) est déterminée par des facteurs qui peuvent être liés au système de santé, à la biologie, aux comportements, aux conditions socio-économiques et à l'environnement de vie des femmes et des nouveau-nés. Les études montrent l'impact des difficultés survenues en période périnatale sur l'état de santé futur (femmes et enfants), confirmant l'importance des interventions de prévention et de promotion de la santé au cours de cette période de fragilité. La grossesse est également connue comme une période de révélation ou de majoration des violences faites aux femmes et donc un moment privilégié pour les repérer et les accompagner.

Les publics les plus vulnérables en période périnatale et au cours des 6 premiers mois de l'enfant sont les familles en situation de précarité (notamment en hébergement non stabilisé) ou de vulnérabilité sociale, les femmes souffrant de troubles psychologiques, de maladies chroniques (obésité ou IMC faible, diabète, hypertension), les grands prématurés ou les nouveau-nés ayant souffert d'une pathologie à la naissance. Il y a lieu de favoriser le repérage précoce des facteurs de vulnérabilité et des facteurs de risques médicaux.

Les facteurs de protection identifiés sont liés à l'étayage familial et social.

L'Ile-de-France se caractérise par des indicateurs de santé périnatale plutôt défavorables par rapport au niveau national, en particulier pour la mortalité périnatale et infantile. Ceci est particulièrement observé en Seine-Saint-Denis mais également sur d'autres infra-territoires de la région au sein du Val d'Oise, de l'Essonne, ou de la Seine-et-Marne.

L'ARS Ile-de-France a lancé un programme de réduction de la mortalité infantile et périnatale. Dans ce cadre, elle promeut des actions de promotion de la santé auprès des femmes enceintes les plus vulnérables mais également des actions d'accompagnement vers le soin pour les personnes les plus éloignées du système de santé, comme les familles sans logement, à l'hôtel ou en structures d'hébergement. Elle s'est donnée aussi pour priorité de renforcer le repérage précoce des situations de vulnérabilité en pré et postnatal afin de limiter l'impact des difficultés sociales et psychologiques chez la mère et chez l'enfant. La précarité est en effet un facteur de risque de morbidité et de mortalité périnatale, au même titre que les facteurs de risques médicaux (diabète, HTA, surpoids et obésité).

## Références bibliographiques :

### INPES

- Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé : intérêts d'une approche locale et transversale <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>
- Plaidoyer pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé en France (recommandations de juin 2012) <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1454.pdf>
- Grossesse et accueil de l'enfant : outil d'intervention en éducation pour la santé des femmes enceintes, 2010 <http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-sante/outils/grossesse-accueil.asp>

### INVS

- Santé périnatale : des inégalités sociales et territoriales en France <http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2015/6-7/index.html>

### INSERM - EPOPE

- Enquête nationale périnatale - Rapport 2016 - Situation et évolution depuis 2010 [http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016\\_rapport\\_complet.pdf](http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf)

### CNNSE

- Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité, commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, 2014 [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE\\_2014\\_Prise\\_en\\_charge\\_et\\_accompagnement\\_des\\_femmes\\_en\\_situation\\_de\\_precaire\\_ou\\_de\\_vulnerabilite.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_2014_Prise_en_charge_et_accompagnement_des_femmes_en_situation_de_precaire_ou_de_vulnerabilite.pdf)

### HAS

- Projet de grossesse : information, messages de prévention, examens à proposer (document d'information pour les professionnels, 2009) [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/projet\\_de\\_grossesse\\_informations\\_messages\\_de\\_prevention\\_examens\\_a\\_proposer\\_-\\_argumentaire.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/projet_de_grossesse_informations_messages_de_prevention_examens_a_proposer_-_argumentaire.pdf)
- Comment mieux informer les femmes enceintes ? (synthèse des recommandations professionnelles, 2006) [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos\\_femmes\\_enceintes\\_rap.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf)
- Parcours de soins en périnatalité : pour une prise en charge optimale de la mère et de l'enfant 2014 [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1752054/fr/parcours-de-soins-en-perinatalite-pour-une-prise-en-charge-optimale-de-la-mere-et-de-l-enfant](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1752054/fr/parcours-de-soins-en-perinatalite-pour-une-prise-en-charge-optimale-de-la-mere-et-de-l-enfant)

### ORS IDF

- Tableau de bord de la santé périnatale en Ile-de-France, 2016 [http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2016/Tableau\\_de\\_bord\\_PerinatIdF\\_maj2016.pdf](http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2016/Tableau_de_bord_PerinatIdF_maj2016.pdf)
- La santé des mères et des nouveau-nés franciliens en 2013 – Exploitation des premiers certificats de santé de l'enfant [http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2016/2016\\_10\\_ORIS\\_sante\\_mere\\_nouveau\\_ne.pdf](http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2016/2016_10_ORIS_sante_mere_nouveau_ne.pdf)

### Violences faites aux femmes

- Plan régional de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes en Ile de France – Premier plan 2017-2020 <http://www.prefectures-regions.gouv.fr/ile-de-france/content/download/39654/267005/file/Dossier%20de%20presse%20-%20Projet%20plan%20regional.pdf>

### Projet RéMI

- La grossesse et ses malentendus. Observatoire du SamuSocial de Paris. 2015. R Rico Berrocal, E Le Mener. [https://www.samusocial.paris/sites/default/files/rapport\\_remi.pdf](https://www.samusocial.paris/sites/default/files/rapport_remi.pdf)
- Réduction de la Mortalité Infantile et périnatale en Seine-Saint-Denis. Volet épidémiologique et audit des décès périnataux et néonataux. Inserm Epopé. 2015. J Zeitlin, P Sauvegrain. [http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/07/Rapport-REMIp\\_INSERM\\_Final-1.pdf](http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/07/Rapport-REMIp_INSERM_Final-1.pdf)
- Périnatalité : agir avec les femmes – Institut Renaudot 2017 <http://www.institut-renaudot.fr/download/Cahier%201.pdf>

**Objectif général :****Réduire l'impact de la précarité sur le suivi de grossesse et sur le développement précoce du jeune enfant****Objectif opérationnel n° 1 :****Renforcer la promotion de la santé périnatale auprès des femmes éloignées du système de santé**

Lien avec les projets PRS2 : 1.1; 4.3

**Populations concernées:**

- Femmes, femmes enceintes, jeunes mères, futurs parents, en particulier en situation de vulnérabilité sociale ou de grande précarité ou méconnaissant le système de santé

**Exemples d'actions:**

- Actions de promotion de la santé périnatale
- Actions de promotion de la santé et d'accompagnement vers le soin auprès des femmes enceintes et jeunes mères sans hébergement, ainsi que des mères et des jeunes enfants en structures d'hébergement
- Actions visant à renforcer les capacités d'autonomisation des femmes vis-à-vis de leur santé (pouvoir d'agir), s'appuyant sur des démarches de santé communautaire, mobilisant la médiation sanitaire et sociale
- Actions visant à faciliter l'orientation des femmes dans le système de santé
- Actions visant à prévenir les grossesses précoces
- Actions visant à prévenir les grossesses non désirées

**Objectif opérationnel n° 2 :****Prévenir les risques de morbidité périnatale liés au surpoids et à l'obésité et promouvoir des comportements alimentaires favorables à la santé de la femme enceinte et du nouveau-né**

Lien avec les projets PRS2 : 1.1 ; 2.6 ; 5.2 ; 5.5

**Populations concernées:**

- Femmes, femmes enceintes et nouveau-né
- Femmes enceintes présentant un diabète gestationnel et/ou un surpoids ou une obésité

**Exemples d'actions auprès des femmes ou des parents :**

- Actions de promotion d'une alimentation équilibrée auprès des femmes enceintes pour prévenir les risques périnataux liés au surpoids/ à l'obésité et au diabète gestationnel
- Actions d'information nutritionnelle auprès des femmes enceintes en situation de précarité, en situation d'hébergement (notamment à l'hôtel)
- Sensibilisation à l'intérêt d'allaiter, avant et après l'accouchement, en particulier dans les populations fragiles
- Actions de soutien à l'allaitement maternel, notamment auprès des femmes les plus vulnérables
- Information des parents sur les pratiques appropriées pour l'alimentation du nourrisson, compte tenu des conditions sociales, culturelles et environnementales

**Exemples d'actions auprès des professionnels :**

- Actions d'information et de sensibilisation menées auprès des banques alimentaires, des épiceries sociales
- Sensibilisation/ formation des professionnels et personnes relais en contact avec les futurs parents à l'importance de l'allaitement maternel, à l'accompagnement et au soutien des mères allaitantes en situation de précarité sociale

- Promotion de la poursuite de l'allaitement maternel dans les structures d'accueil de la petite enfance lorsque les mères reprennent le travail

### **Objectif opérationnel n° 3 :**

**Favoriser le repérage précoce des situations de vulnérabilité psychologique et sociale des femmes enceintes et des jeunes mères**

Lien avec les projets PRS2: 1.1; 4.3

#### **Populations concernées :**

- Femmes enceintes, futurs parents, femmes isolées, familles monoparentales, familles en situation de précarité ou de vulnérabilité (troubles psychiques, handicap...)
- Professionnels du sanitaire ou du social en contact avec des femmes enceintes ou des jeunes mères

#### **Exemples d'actions auprès des femmes :**

- Actions d'information/sensibilisation auprès des femmes enceintes sur l'entretien prénatal précoce et sur leur projet de naissance, notamment les femmes les plus vulnérables
- Actions auprès des jeunes mères pour le renforcement du lien mère-enfant et le repérage de la dépression du post-partum
- Actions de prévention contre les violences faites aux femmes

#### **Exemples d'actions auprès des professionnels :**

- Sensibilisation/formation des professionnels au repérage des situations de vulnérabilité psychosociale et/ou de violences faites aux femmes
- Information/ sensibilisation des professionnels au repérage et à l'orientation des femmes victimes de violences, notamment en période périnatale
- Sensibilisation et diffusion d'outils de repérage et d'orientation auprès des professionnels de la périnatalité (santé/social) au repérage des conduites addictives chez les femmes enceintes

### **Objectif opérationnel n° 4 :**

**Prévenir les risques de troubles du développement et de handicap chez les jeunes enfants, notamment des enfants dits vulnérables (grands prématurés, enfants ayant eu une pathologie néonatale sévère) ou des enfants ayant une pathologie diagnostiquée précocement (surdité notamment) et promouvoir les actions de renforcement du lien mère-enfant, au moment du retour à domicile pour les enfants hospitalisés**

Lien avec les projets PRS2 1.1; 2.6; 4.3

#### **Populations concernées :**

- Nouveau-nés et jeunes enfants dits vulnérables notamment grands prématurés, familles de ces enfants, en particulier les plus défavorisées socialement
- Nouveau-nés présentant des troubles de l'audition et leurs familles

#### **Exemples d'actions:**

- Actions de sensibilisation des professionnels à une intégration des parents à la participation aux soins
- Action de sensibilisation des professionnels ne relevant pas du champ de la santé au repérage et à l'orientation des enfants présentant des troubles du développement et de la relation
- Actions de soutien à la parentalité, notamment au moment du retour à domicile (ex : *espaces d'échanges, points d'accueil familles, menés par des professionnels formés...*)
- Actions d'accompagnement vers le soin pour les familles les plus vulnérables

- Actions d'information éclairée des familles sur les différentes possibilités de prise en charge de la surdité de leur enfant

Objectif opérationnel n° 5 :

**Renforcer la promotion de la santé auprès des parents de jeunes enfants, notamment des familles éloignées du système de santé**

Lien avec les projets PRS2 2.6 ; 5.5

**Populations concernées :**

- Jeunes parents, futurs parents, familles monoparentales, familles en situation de précarité ou de vulnérabilité
- Professionnels du sanitaire ou du social en contact avec des jeunes parents

**Territoire(s) cible(s) prioritaire(s) :**

- Le déploiement de l'intervention sur cette thématique concerne les populations des 8 départements d'Ile de France, sous réserve d'une approche atteignant effectivement les publics concernés.

**Exemples d'actions :**

- Actions d'information/sensibilisation auprès des jeunes parents en promotion de la santé du jeune enfant (besoins et rythmes, développement, pleurs et prévention du syndrome du bébé secoué, prévention des accidents domestiques, vaccinations, alimentation, prévention de l'obésité, santé bucco-dentaire ...)

**Point de vigilance**

L'attention sera portée aux projets qui amélioreront la coopération des acteurs des secteurs sanitaire et social autour de la grossesse et de la naissance (lien avec les services de PMI ...)

**La lutte contre le tabagisme fait l'objet d'une fiche dédiée (fiche n°3).**

### Chiffres clés

#### PRINCIPAUX DOMMAGES SANITAIRES ET SOCIAUX

- **Dommages pour la santé**
  - Le tabac et l'alcool sont les 2 premières causes de mortalité évitable par cancer
  - 49 000 décès liés à l'alcool ; 241 décès par surdose de drogues illicites (opiacés, cocaïne, MDMA, etc.) parmi les 15-49 ans
  - 64 % des usagers ayant injecté au cours de la vie sont séropositifs pour le VHC
  - 900 000 hospitalisations annuelles en raison de troubles mentaux ou de comportements liés à la consommation d'alcool
  - Un enfant sur 1000 naît avec un Syndrome d'alcoolisation foétale (SAF)
- **Dommages sociaux**
  - L'alcool est présent dans 30 % des condamnations pour violences ; 40 % des violences familiales ; 30 % des viols et agressions
  - Un Français sur cinq se dit très affecté par les dommages subis liés à l'alcoolisation de tiers
  - Un taux d'alcoolémie supérieur au seuil de 0,5g/l est présent dans 29% des accidents mortels de la route soit 819 décès en 2016 (conducteurs alcoolisés et victimes)
  - Les stupéfiants sont présents dans près d'un quart des accidents mortels de la route

#### PRINCIPAUX NIVEAUX DE CONSOMMATION (Drogues chiffres clés, OFDT, 2017)

- **En population générale (hors tabac)**
  - Alcool : 5 millions de consommateurs quotidiens
  - Cannabis : 700 000 usagers quotidiens
  - Cocaïne : 450 000 usagers au moins une fois dans l'année
  - MDMA/Ecstasy : 400 000 usagers au moins une fois dans l'année
  - 2 % des 18-64 ans ont expérimenté des cannabinoïdes de synthèse
- **Parmi les jeunes de 17 ans (hors tabac)**
  - 12% des jeunes de 17 ans consomment au moins 10 fois par mois de l'alcool
  - 49 % des jeunes de 17 ans ont déclaré une Alcoolisation Ponctuelle Importante (API) dans le mois (au moins 6 verres en une seule occasion)
  - 9 % des jeunes de 17 ans présentent un usage problématique de cannabis avec 10 usages au moins dans le mois
  - 13 % des jeunes de 17 ans cumulent un usage régulier d'au moins deux substances parmi lesquelles l'alcool, le tabac et le cannabis
- **Parmi les collégiens (hors tabac)**
  - 37 % des élèves de 3ème ont consommé de l'alcool au moins une fois dans le mois
  - 12 % des élèves de 3ème ont fumé du cannabis au moins une fois dans le mois

### Contexte

#### Au niveau national :

Les niveaux de consommation des produits psychoactifs sont préoccupants en France et globalement supérieurs à la moyenne des autres pays européens, en particulier chez les jeunes. La moitié des jeunes de 17 ans interrogés ont connu une alcoolisation ponctuelle massive au cours du mois précédent, près de 4 adolescents sur 10 ont déjà fumé du cannabis. Or il s'agit d'une période de la vie où l'installation de consommations problématiques peut avoir des conséquences dommageables, comme des troubles du développement, de l'apprentissage ou de la socialisation.

### **Au niveau régional :**

- Un niveau de consommation d'alcool quotidien inférieur à la moyenne nationale (7,6% vs 11% chez les 15-75 ans, Enquête Baromètre Santé, INPES 2014) mais des consommations d'alcool problématiques, notamment chez les jeunes (prévalence des alcoolisations ponctuelles importantes de 15% en 2014) ;
- Une région fortement concernée par les consommations de drogues illicites (cannabis, cocaïne, héroïne, crack...) et une persistance de celles-ci avec notamment une forte augmentation de la consommation régulière de cannabis (de 1 % en 2011 à 5 % en 2014) et de la poly-consommation (de 6 % en 2011 à 8,4 % en 2014) chez les filles.
- Des expérimentations inquiétantes même si en diminution sur certaines substances (alcool, tabac) et plus élevées que la moyenne nationale pour le cannabis et la cocaïne ;
- Le rapprochement progressif mais certain des comportements masculins et féminins (situation qui perdure et qu'on retrouve à l'âge adulte) ; -Des problématiques s'inscrivant dans le cadre de la transition épidémiologique (prévalence toujours plus importante des maladies chroniques, prévalence élevée de l'hépatite C chez les usagers de drogues notamment par voie intraveineuse, vieillissement de la population, etc.) dans le secteur médico-social des personnes confrontées à des difficultés spécifiques.

### **Références aux plans nationaux :**

- Stratégie nationale de santé 2018-2022, axe : prévenir l'entrée dans les pratiques addictives
- Plan gouvernemental de mobilisation contre les addictions 2018-2022 (dès publication)
- Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017

### **Références bibliographiques *non exhaustives* :**

- Drogues, chiffres clés, 7ème édition, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, juin 2017, 8 p.
- Etudes, enquêtes OFDT (dont ARAMIS, ESCAPA 2017, Tendances, etc.)
- Démarche d'interventions efficaces, actions probantes reconnues (INPES, SPF, HAS, etc.)
- Inserm (dir.). Jeux de hasard et d'argent : contextes et addictions. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2008, XIV - 479 p.- (Expertise collective) - <http://hdl.handle.net/10608/103>
- Inserm (dir.). Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2010, XII-573 p. - (Expertise collective). <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/86>
- Inserm (dir.). Conduites addictives chez les adolescents - Usages, prévention et accompagnement. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2014, XVIII-482 p. - (Expertise collective). - <http://hdl.handle.net/10608/5966>
- RESPADD. Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse, 2013 [http://ar.org/sites/default/files/fichier/2013\\_respadd\\_guide\\_concernant\\_lusage\\_de\\_substances\\_psychoactives\\_durant\\_la\\_grossesse.pdf](http://ar.org/sites/default/files/fichier/2013_respadd_guide_concernant_lusage_de_substances_psychoactives_durant_la_grossesse.pdf)
- LE Naour Gwenola - Hamant Chloé - Chamard-COQUAZ Nadine, Faire accepter les lieux de réduction des risques : un enjeu quotidien, Lyon, CERPE, DGS, mai 2014, 100 p. <http://www.caarud-10ans.fr/FaireAccepterLesLieuxDeRDR2014.pdf>
- Usagers détournés de médicaments psychotropes par les jeunes, LANGLOIS E., MILHET M., Observatoire Français des drogues et des Toxicomanies (OFDT), juin 2016, 79 p.
- Usagers de drogues pratiquant l'injection intraveineuse – Estimation 2014 en France métropolitaine, JANSSEN Éric, Observatoire Français des drogues et des Toxicomanies (OFDT), 26 sept. 2016, 8 p.
- Surveillance des hépatites B et C, VAUX S., PIOCHE C., BROUARD C., PILLONEL J., BOUSQUET V., FONTENEAU L., BRISACIER A.-C., GAUTIER A., LYDIE N., LOT F., Santé publique France, juin 2017

### **Objectif général :**

**Développer les interventions de prévention des conduites addictives dans une approche globale des conduites à risque (Addictions aux substances psychoactives licites et illicites, Addictions sans substance : internet, jeux en ligne...)**

### **Objectif opérationnel n°1 :**

**Développer l'information et l'éducation à la santé en matière de conduites addictives aux substances psychoactives et addictions sans substance**

*(Pour des actions ciblées principalement sur les conduites addictives liées à la consommation de tabac, cf. la fiche « Lutte contre le tabagisme »)*

### **Populations concernées:**

- Jeunes, notamment ceux relevant de l'ASE et de la PJJ,
- Femmes,
- Personnes en situation de précarité,
- Personnes migrantes
- Personnes détenues et placées sous-main de justice,
- Personnes atteintes de maladies chroniques

### **Lieux d'intervention :**

- Etablissements d'enseignement général situés en zone REP et REP + et établissements technologiques et professionnels, centres de formation d'apprentis (CFA),
  - Lieux d'activités et de vie des jeunes,
  - Centres d'accueil et foyers d'hébergement relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (en articulation avec le conseil départemental), de la Protection Judiciaire de la Jeunesse,
  - Milieux festifs, sportifs, de loisirs
  - Milieux étudiants
- Etc.

### **Exemples d'actions :**

- Actions de sensibilisation-information, de prévention et de promotion de la santé adaptées aux publics cibles et à leur destination
- Actions de sensibilisation, d'information et de formation des travailleurs et médiateurs sociaux et de santé intervenant auprès de publics ayant des conduites addictives ainsi que leur entourage

### **Recommandations :**

- Démarche d'interventions efficaces, actions probantes reconnues (INPES, Santé Publique France, HAS, etc.)
- Inserm (dir.). Conduites addictives chez les adolescents - Usages, prévention et accompagnement. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2014, XVIII-482 p. - (Expertise collective). - <http://hdl.handle.net/10608/5966>

### **Partenariat :**

- Dispositifs de prévention et d'accompagnement : Consultations Jeunes Consommateurs, CSAPA, unités sanitaires
- Institutions : Education Nationale, Protection Judiciaire de la Jeunesse, Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports, et de la Cohésion sociale, MILDECA
- Collectivités territoriales

## **Objectif opérationnel n°2 :**

### **Renforcer les compétences psycho-sociales face aux conduites addictives et promouvoir les actions de soutien des familles confrontées aux conduites à risque de leur enfant**

#### **Populations concernées :**

Enfants, Adolescents, Jeunes adultes (moins de 25 ans), Parents, Entourage, Pairs, Intervenants socio-éducatifs.

#### **Exemples d'actions :**

- Actions de prévention visant à éviter et retarder l'entrée dans les conduites addictives, notamment le tabagisme et l'alcoolisme, en particulier à destination des jeunes.
- Interventions visant à développer les compétences psychosociales des jeunes et notamment des élèves des collèges et lycées (et en particulier des établissements d'enseignement technique et agricole).  
*Compétences travaillées* : principalement, résistance à l'influence des pairs, résolution des problèmes, affirmation et estime de soi, alternatives possibles à la consommation de substances psychoactives, normes et leurs perceptions en matière de consommation de substances, etc.  
*Modalités* : ateliers collectifs, exercices pratiques, jeux de rôle, etc.
- Interventions à composantes multiples basées sur des méthodes validées, intégrant, en plus du volet de développement des compétences psychosociales des jeunes, un volet développement des compétences parentales.
- Utilisation d'outils pédagogiques validés et adaptés en milieu scolaire et dans les milieux de vie des jeunes (association de quartier, mission locale, etc.)
- Interventions d'aide à distance fondées sur le recours aux nouvelles technologies de l'information et de la communication (ntic) : internet, applications en ligne, sms, etc.
- Interventions d'information régulière auprès des parents sur les dommages liés aux consommations précoces, sur l'évolution des modes de consommation chez les jeunes et sur les codes marketing qui leur sont destinés et qui visent à promouvoir la consommation. Cette information doit être accompagnée de repères et de conseils pratiques sur la manière de communiquer avec les adolescents.
- Des interventions auprès des parents ciblant les jeux vidéo avec une approche de sensibilisation et d'information renforçant les parents dans leur rôle de contrôle de la durée de pratique, du contenu du support et de l'adéquation âge/contenu pour aller progressivement vers le contrôle interne.
- Interventions de groupe focalisées sur les jeunes utilisant des méthodes interactives (ateliers créatifs, mises en situation, jeux de rôle, discussions de groupe, etc.) afin de les sensibiliser aux risques encourus dans les consommations ainsi qu'à leur possibilité d'agir face à eux.

#### **Recommandations :**

- Inserm (dir.). Conduites addictives chez les adolescents - Usages, prévention et accompagnement. Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2014, XVIII-482 p. - (Expertise collective). - <http://hdl.handle.net/10608/5966>  
Tableau 9.II : Synthèse des interventions ayant montré des résultats sur la prévention ou la réduction des consommations de substances psychoactives (p. 274-279) ; <http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-societe/conduites-addictives-chez-les-adolescents-une-expertise-collective-de-l-inserm>
- Approches interactives qui utilisent des exercices pratiques et apparaissent comme plus efficaces que les approches simplement didactiques. L'efficacité de ces programmes dépend cependant d'un certain nombre de caractéristiques qu'il convient de considérer avec la plus grande attention. Les principales sont: la durée et l'intensité des programmes, le choix et la formation des animateurs, le contenu informationnel des messages délivrés sur les substances notamment en fonction du statut de consommation des jeunes auxquels on souhaite s'adresser (non expérimentateurs, expérimentateurs et consommateurs réguliers) ;
- Pour les plus jeunes, les approches universelles, presque toujours conduites en milieu scolaire, ont l'avantage d'éviter les effets potentiellement négatifs d'un étiquetage précoce et/ou d'une stigmatisation, tout en permettant d'atteindre les enfants les plus à risque en amont de l'entrée dans les consommations ;
- Les compétences psychosociales travaillées chez les adolescents sont la résistance à l'influence des pairs, la résolution de problèmes (gestion des émotions), la prise de décisions, la communication, l'affirmation et l'estime de soi ;
- Les compétences travaillées chez les parents sont essentiellement des compétences de communication, et des compétences en lien avec la capacité à fixer des limites et la gestion des conflits ;
- Les interventions proposées doivent être en adéquation avec le calendrier des entrées dans la consommation des substances psychoactives.

### **Démarche d'interventions efficaces, actions probantes reconnues (INPES, SPF)**

- Ces interventions doivent être en adéquation avec le calendrier des entrées dans la consommation des différents produits visés. Elles peuvent être menées en milieu scolaire dès la fin de l'école élémentaire pour le tabac, l'alcool, les jeux vidéo et Internet, puis au début du collège pour ces mêmes substances/comportements auxquels s'ajoutent le cannabis et les jeux de hasard et d'argent. Ces interventions doivent prévoir une aide à l'orientation vers les dispositifs de prise en charge pour les situations repérées lors de l'intervention («Conduites addictives chez les adolescents - Usages, prévention et accompagnement. Principaux constats et recommandations » Inserm, 2014)
- Une attention particulière sera portée aux projets qui :
  - concernent les tranches d'âge relatives à l'enfance et préadolescence afin de favoriser l'action en amont de la période de prise de risques et de confrontation aux addictions (alcool, drogue, médicaments, internet...). C'est concernant ces tranches d'âge que l'action paraît la plus efficace, car elle permet d'agir en prévention et de construire les facteurs de protection et d'épanouissement du jeune ;
  - accompagnent ou sont intégrés dans des programmes de prévention aux conduites à risques, d'éducation à la sexualité, de promotion de la santé (nutrition, hygiène de vie, etc.) de manière à en faciliter l'appropriation.

### **Partenariat :**

- Dispositifs de prévention et d'accompagnement : Consultations Jeunes Consommateurs,
- Institutions : Education Nationale, Protection Judiciaire de la Jeunesse, Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports, et de la Cohésion sociale, MILDECA
- Collectivités territoriales

### **Objectif opérationnel n°3 :**

**Développer le repérage précoce des vulnérabilités et des pratiques à risques en matière de conduites addictives, soutien et orientation vers le soin adapté**

### **Populations concernées :**

Adolescents et jeunes adultes (moins de 25 ans), Femmes enceintes, Personnes en situation de précarité et de vulnérabilité sociale, Personnes migrantes, Personnes détenues et placées sous-main de justice, Personnes âgées de plus de 60 ans, Personnes en situation de handicap en milieu ordinaire ou en établissement médico-social, Personnes atteintes de maladies chroniques.

### **Exemples d'actions:**

- Actions spécifiques de repérage précoce des vulnérabilités et des pratiques à risques en matière de conduites addictives, et d'orientation vers le soin adapté auprès des publics cibles.
  - Repérage précoce des usages à risques par la mise en place d'ateliers collectifs à destination des jeunes ;
  - Interventions préventives auprès de jeunes enfants dont les parents présentent une addiction ;
  - Interventions auprès des femmes enceintes ; actions de prévention des troubles liés aux conséquences des conduites addictives sur les femmes enceintes et sur la périnatalité, dont le syndrome d'alcoolisation fœtale.
- Sensibilisation, information et formation à destination des professionnels portant sur la poly-consommation et sur le repérage et l'orientation des personnes âgées et/ou handicapées en situation d'abus et/ou de dépendance.

### **Recommandations:**

- RESPADD. Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse, 2013 ;[http://ar.org/sites/default/files/fichier/2013\\_respadd\\_guide\\_concernant\\_lusage\\_de\\_substances\\_psych\\_oactives\\_durant\\_la\\_grossesse.pdf](http://ar.org/sites/default/files/fichier/2013_respadd_guide_concernant_lusage_de_substances_psych_oactives_durant_la_grossesse.pdf)
- Démarche d'interventions efficaces, actions probantes reconnues (INPES), HAS
- Utilisation des tests de repérage des consommations à risques ou de dépendance validés (test AUDIT-C, mini-test de Fagerström, test CAST, test DEP ADO, grille de Lemmens, etc)

**Partenariat :**

- Dispositifs de prévention et d'accompagnement : Consultations Jeunes Consommateurs,
- Institutions : Education Nationale, Protection Judiciaire de la Jeunesse, Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports, et de la Cohésion sociale, MILDECA
- Collectivités territoriales

**Objectif opérationnel n°4 :**

**Réduire les risques sanitaires et les dommages sociaux liés aux consommations de substances psychoactives**

**Populations concernées :**

Jeunes, Adultes, Femmes, Usagers précaires.

**Exemples d'actions attendues :**

- Actions de réduction des risques sanitaires et des dommages sociaux en milieux festifs et étudiants
- Actions spécifiques à destination des mineurs et jeunes adultes concernant les comportements d'alcoolisation ponctuelle importante (API) dans l'espace public
- Actions permettant d'aller à la rencontre des usagers les plus précaires (outreach ou « aller vers »), actions impliquant la participation des usagers eux-mêmes (participation des pairs) à l' « aller vers »
- Programme d'échanges de matériel hors des zones CAARUD

**Partenariat :**

- Dispositifs médico-sociaux et hospitaliers de prévention, de réduction des risques, d'accompagnement et de soins en addictologie CAARUD, CSAPA (et CJC), ELSA,
- Structures sociales,
- Collectivités territoriales

### Chiffres clés

- En France, plus de 13 millions d'adultes fument quotidiennement et 60% d'entre eux souhaitent arrêter de fumer. (Source PRNT 21014-2019)
- 32% des jeunes de 17 ans fument quotidiennement du tabac et 12.3 % des élèves de 3ème fument quotidiennement du tabac
- Entre 2011 et 2013, on dénombre 10 717 décès annuels moyens en lien avec la consommation de tabac, en Ile de France (Source DRESS 2017)

### Contexte

#### Au niveau national :

Le tabac est la première cause de mortalité évitable en France, avec 73 000 décès par an.

La consommation de tabac en France est particulièrement élevée : presque un Français sur trois fume.

Le tabagisme est le plus important facteur de risque de cancer broncho-pulmonaire (CBP), dont l'incidence est en augmentation chez les femmes, ce qui en fait un sujet de préoccupation majeure. Il est également impliqué dans le cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) et le cancer de la vessie. Au total, dix-huit types de cancers sont imputables au tabac.

Le tabagisme connaît une croissance parmi les personnes les plus vulnérables notamment les jeunes, les femmes, les chômeurs et les personnes à faible niveau de diplômes et de revenus.

Ainsi, après la hausse observée entre 2005 et 2010, la prévalence du tabagisme se stabilise en 2014 parmi les 18-75 ans sauf chez les jeunes où, après une décennie de baisse, on observe une hausse des niveaux d'usage depuis 2008. Pour la période 2014-2017, les niveaux d'usages de tabac chez les jeunes sont orientés à la baisse (Source Escapad 2017), mais restent néanmoins problématiques.

Outre ces tendances générales, il existe des différences importantes liées aux disparités socio-économiques, et l'écart entre les chômeurs et les personnes qui travaillent continue à se creuser : En 2014, parmi les 18-64 ans, 48% des chômeurs fument quotidiennement contre 30% des actifs occupés. Parmi les actifs occupés, il existe un écart de 23 points entre les ouvriers et les cadres (respectivement 42% et 19%).

Chez la femme enceinte, la consommation quotidienne de tabac chez la mère est associée à une augmentation significative (X2 à 3) du risque de petit poids de naissance (inférieur à 2,5Kg) (source DRESS, 2017).

#### Au niveau régional :

Une prévalence du tabagisme moins élevée en Ile-de-France que dans le reste de la France (en 2014, 23,6% versus 28,1% au niveau national), mais :

- des disparités entre les départements (cf. enquête ESCAPAD 2014 chez les jeunes de 17 ans),
- des inégalités sociales de consommation de tabac (niveaux de diplômes, sexe, générations),
- 16% des fumeurs quotidiens considérés comme ayant une forte dépendance à la nicotine,
- des Franciliennes de 15-24 ans fumant plus que la moyenne nationale. Par ailleurs, la prévalence du tabagisme quotidien a augmenté significativement chez les filles franciliennes, passant de 25% en 2011 à 27% en 2014 ;
- des cancers du poumon en très forte augmentation chez les Franciliennes (surmortalité de 20 % vs France, 2ème cause de mortalité par cancer en IDF vs 3ème en France).

### Une politique régionale de lutte contre la consommation de tabac et le tabagisme portée par une déclinaison régionale du Programme National de Lutte contre le Tabagisme (PNRT) :

- Qui tend à limiter la prévalence du tabagisme dans la population ;
- Qui cible des publics particuliers en fonction de leur perception des risques et des dommages encourus ;
- Qui intervient sur des territoires dans un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

## Références aux plans nationaux :

Stratégie nationale de santé 2018-2022

Programme national de réduction du tabagisme (PNRT), mesure 10 du Plan Cancer 2014-2019

Programme national de réduction du tabagisme 2 (PNRT 2) (dès publication)

En lien avec le Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 et le Plan gouvernemental de mobilisation contre les addictions 2018-2022 (dès publication).

## Référence à la fiche « Conduites addictives » (fiche n°2)

### Références bibliographiques non exhaustives :

- C. EMBERSIN-KYPRIANOU, H. SAVOLLE, N. BELTZER, *Conduites à risques des Jeunes Franciliens, Exploitation régionale du Baromètre santé 2010 de l'Inpes et évolutions 2005-2010*, paris, Observatoire régional santé Ile-de-France, septembre 2015 ; [http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2015/2015\\_ORIS\\_conduite\\_a\\_risque\\_WEB.pdf](http://www.ors-idf.org/dmdocuments/2015/2015_ORIS_conduite_a_risque_WEB.pdf)
- O. Le Nézet, T. Gauduchon, S. Spilka, *Les drogues à 17 ans : analyse régionale d'ESCAPAD 2014*, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), juillet 2015, tendance n°102 <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxolv7.pdf>
- Expertise collective Inserm, *Conduites addictives chez les adolescents, usages, prévention et accompagnement*, avril 2014  
Tableau 9.II : Synthèse des interventions ayant montré des résultats sur la prévention ou la réduction des consommations de substances psychoactives (p. 274-279)  
<http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-societe/conduites-addictives-chez-les-adolescents-une-expertise-collective-de-l-inserm>
- Du Roscoät E., Clément J., Lamboy B. *Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation de substances illicites chez les jeunes : synthèse de la littérature. Santé publique*, 2013, n° 1 (suppl.) : p. 47-56. <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-N%C2%B01%20Suppl.-page-47.htm>
- *Interventions validées ou prometteuses* ; <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-HS1-page-65.htm>
- Eduscol. Portail national des professionnels de l'éducation. *Lutte contre le tabagisme*. <http://eduscol.education.fr/cid46869/lutte-contre-le-tabagisme.html>
- Haute Autorité de Santé, *Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours, Méthodes et Recommandations pour la pratique clinique*, octobre 2014, [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/recommandations\\_-\\_arret\\_de\\_la\\_consommation\\_de\\_tabac\\_octobre\\_2014\\_2014-11-17\\_14-13-23\\_985.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac_octobre_2014_2014-11-17_14-13-23_985.pdf)
- Conférence de consensus, *Texte de recommandations (version longues)*, octobre 2004, [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Grossesse\\_tabac\\_long.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Grossesse_tabac_long.pdf)
- RESPADD. *Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse*, 2013 ; [http://afr.org/sites/default/files/fichier/2013\\_respadd\\_guide\\_concernant\\_lusage\\_de\\_substances\\_psychoactives\\_durant\\_la\\_grossesse.pdf](http://afr.org/sites/default/files/fichier/2013_respadd_guide_concernant_lusage_de_substances_psychoactives_durant_la_grossesse.pdf)

**Objectif général :****Réduire le tabagisme, l'incidence et la prévalence des maladies liées au tabac**

La déclinaison régionale du Programme National de réduction du Tabagisme (PNRT) retient 4 axes d'intervention :

- Axe 1 : Renforcer l'observation et les connaissances
- Axe 2 : Renforcer le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs
- Axe 3 : Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme
- Axe 4 : Aider les fumeurs à s'arrêter

Les actions proposées doivent être aussi associées à l'opération Moi(s) sans tabac animée par Santé Publique France.

**Objectif opérationnel n°1 :****Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme : Développer l'information et l'éducation à la santé pour empêcher ou retarder la première consommation de tabac****Populations concernées :**

- Adolescents et jeunes adultes (12-25 ans)

**Lieux d'intervention :**

- Etablissements d'enseignement général situés en zone REP et REP + et établissements technologiques et professionnels, centres de formation d'apprentis,
- Lieux d'activités et de vie des jeunes,
- Centres d'accueil et foyers d'hébergement relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (en articulation avec le conseil général), de la Protection Judiciaire de la Jeunesse,
- Milieux étudiants,
- Milieux festifs, sportifs, de loisirs
- Lieux publics (jardins publics, plages, aires de jeux pour enfants, etc.)
- Etc...

**Exemples d'actions :**

- **Interventions de prévention ou de réduction de la consommation de tabac et/ou de substances psychoactives dont cannabis et alcool, actions retenues comme efficaces vis-à-vis des adolescents.**
- Actions d'information, de sensibilisation en direction des jeunes et des acteurs impliqués dans le parcours éducatif (parents, enseignants, professionnels intervenants auprès du public jeune, etc.), appuyés sur :
  - Des programmes de développement des compétences psychosociales des élèves en milieu scolaire, en milieu extra-scolaire, en milieu d'apprentissage et professionnel, intégrant notamment la résistance à l'influence des pairs, la résolution de problèmes, l'affirmation et l'estime de soi. Le développement des compétences doit s'inscrire dans des activités de groupe utilisant des méthodes interactives (ateliers créatifs, mises en situation, jeux de rôle, discussions de groupe...).
  - Des interventions proposant des stratégies à composantes multiples, intégrant la mobilisation conjointe/associée des compétences des jeunes, des parents et de l'environnement (implication au niveau local des acteurs qui peuvent intervenir dans la diffusion de messages validés de promotion et de prévention de la santé – milieux associatifs, sportifs, festifs, loisirs, etc... ou encore dans la limitation de l'accès aux produits)

Ces interventions doivent être en adéquation avec le calendrier des entrées dans la consommation du tabac et avec les autres conduites à risques et addictives.

Il conviendra de s'appuyer sur des programmes validés, sans pour autant mettre de côté la possibilité de transférabilité au contexte français d'expériences étrangères validées.

- **Interventions de repérage au plus tôt des usages précoces et réguliers et de promotion d'une prise en charge adaptée pour éviter les dommages sanitaires et sociaux (par exemple orientation vers les consultations jeunes consommateurs)**

- Interventions fondées sur l'entretien motivationnel, utilisé seul ou en complément d'autres interventions

**Partenariat :**

- Dispositifs de prévention et d'accompagnement : Consultations Jeunes Consommateurs, Tabac Info Service,
- Institutions : Education Nationale, Protection Judiciaire de la Jeunesse, Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports, et de la Cohésion sociale, MILDECA
- Collectivités territoriales

**Objectif opérationnel n°2 :**

**Aider les fumeuses enceintes à s'arrêter de fumer**

Contexte spécifique :

Source : Beck F. Guignard R., Richard J.B., Dumas A., Simmat-Durand L., Vandentorren S., Enquête nationale sur la consommation de substances psychoactives chez les femmes enceintes, *La Santé en action*, 2013, n°423, 5-7

Bien que significativement inférieure à la prévalence tabagique des femmes qui n'attendent pas d'enfant, qui se répartissent entre 37 % de fumeuses quotidiennes et 6 % de fumeuses occasionnelles, mais avec seulement un tiers des fumeuses qui parviennent à arrêter pendant la grossesse, 24 % qui déclarent fumer quotidiennement pendant la grossesse (20 % encore après le premier trimestre) et 3 % occasionnellement, la France apparaît comme le pays d'Europe présentant la plus forte prévalence tabagique des femmes enceintes, la plupart des pays affichant des prévalences entre 10 % et 15 %.

De plus, le risque de fumer parmi les femmes ayant un diplôme inférieur au bac est trois fois plus important que pour les autres femmes, et les femmes ayant les plus faibles revenus sont presque deux fois plus nombreuses à fumer pendant leur grossesse.

L'intérêt de mettre en place des interventions efficaces en matière d'information brève, de repérage précoce, de sevrage tabagique au cours de cette période de la vie que constituent la grossesse et l'allaitement apparaît comme une évidence.

**Populations concernées :**

- Femmes (et leurs conjoints), notamment :
  - les plus jeunes,
  - les femmes avec un projet grossesse y compris en PMA,
  - les femmes enceintes, en allaitement, en post-partum (prévention de la rechute), et en situation de vulnérabilité et de précarité,

**Lieux d'intervention :**

- Centre de PMI et de planification familiale, crèches, lieux de vie et d'activités des jeunes enfants
- Maternités,
- Structures en lien avec les ELSA, CSAPA, CAARUD
- Structures sociales et d'animation sociale

**Exemples d'actions :**

Le tabagisme est le principal facteur de risque modifiable de la morbidité et de la mortalité associées à la grossesse. Beaucoup de femmes enceintes sont motivées à l'arrêt du tabac. Il est donc utile de profiter de cette motivation pour instaurer cet arrêt du tabac le plus précocement possible et pour le maintenir en post-partum afin de protéger l'enfant du tabagisme passif et pour associer le père. Plus l'arrêt est obtenu précocement, plus les bénéfices semblent importants pour la femme enceinte et le fœtus. Un arrêt à tout stade de la grossesse est cependant bénéfique. À ce titre, les professionnels de santé doivent proposer une aide à l'arrêt dès la première visite prénatale et tout au long de la grossesse.

Les actions proposées doivent être conformes aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Les actions d'information éclairée doivent reposer sur les méthodes probantes et sécurisées pour accompagner l'arrêt chez les femmes enceintes : lutter contre les fausses informations de nocivité ou contre-indications des TSN...

- Interventions en matière d'information, de repérage précoce et de sevrage tabagique (conseils, accompagnements, etc.) ;

- Programmes, actions privilégiant les approches psychologiques et/ou comportementales basées sur des techniques validées (*au minimum, de grade B c'est-à-dire fondées sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau de preuve intermédiaire*), comprenant notamment le conseil minimal systématique, l'intervention brève, l'entretien motivationnel, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), la consultation psychologique, etc.
- Interventions d'aide à distance délivrées par téléphone (soutien, accompagnement), par ordinateur, par Internet, SMS (adaptation de techniques motivationnelles, cognitives et comportementales, promotion du numéro d'appel unique « 39-89 » Tabac Info Service, utilisation de logiciel d'aide à l'arrêt du tabac, etc.)

### **Objectif opérationnel n°3 :**

#### **Aider les fumeurs à s'arrêter et prévenir leurs rechutes**

#### **Populations concernées:**

Tout fumeur, et particulièrement :

- Les personnes souffrant ou présentant des antécédents de maladies chroniques (maladies respiratoires dont BPCO, maladies cardio-vasculaires, diabète, cancers, etc.) et/ou de comorbidités psychiatriques
- Les travailleurs exposés à d'autres cancérogènes et poussières toxiques
- Les personnes détenues
- Les populations précaires

#### **Lieux d'intervention :**

- Entreprises de secteurs à risques, partenariat avec les services de santé au travail
- Structures agissant en lien avec les Consultations de pathologies professionnelles,
- Etablissements et structures d'accueil des personnes à risques

#### **Exemples d'actions:**

- Programmes, actions privilégiant les approches psychologiques et/ou comportementales basées sur des techniques validées (*au minimum, de grade B c'est-à-dire fondées sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau de preuve intermédiaire*), comprenant notamment le conseil minimal systématique, l'intervention brève, l'entretien motivationnel, la TCC, la consultation psychologique, etc.
- Interventions visant à la promotion et au développement :
  - d'offres d'accompagnement complémentaires,
  - de soins de support (activité physique adaptée)
  - d'outils d'autosupport (e-prévention,) intégrant les nouveaux outils de communication (réseaux sociaux, Smartphones, etc.)
- Interventions d'aide à distance délivrées par téléphone (soutien, accompagnement), par ordinateur, par Internet, SMS (adaptation de techniques motivationnelles, cognitives et comportementales, promotion du numéro d'appel unique « 39-89 » Tabac Info Service, utilisation de logiciel d'aide à l'arrêt du tabac, etc.)
- Coordination des consultations CCPP et des consultations d'addictologie
- Sur le repérage du tabagisme :
  - partout et à toutes occasions de contact avec des populations notamment les adolescents et jeunes adultes ayant débuté une consommation.
  - détection et orientation en premier lieu vers les professionnels de premiers recours, Tabac Info Service (numéro d'appel unique « 39 89 ») et éventuellement vers les dispositifs spécifiques.

Les actions proposées doivent être conformes aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Exemple de recommandations :

- Haute Autorité de Santé, Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours, Méthodes et Recommandations pour la pratique clinique, octobre 2014, [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/recommandations\\_-\\_arret\\_de\\_la\\_consommation\\_de\\_tabac\\_octobre\\_2014\\_2014-11-17\\_14-13-23\\_985.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac_octobre_2014_2014-11-17_14-13-23_985.pdf)

## FICHE n°4 : CANCERS

*Actions visant la prévention et la promotion des dépistages des cancers complétant les missions des structures de gestion des dépistages organisés*

### Chiffres clés

- Les cancers représentent 29% des causes de décès chez l'homme et 22% chez la femme.
- On dénombre environ 50 000 nouveaux cas de cancers par an, dont 53 % chez l'homme et 300 000 patients sont pris en charge
- En Île-de-France, 21 000 décès par cancer sont dénombrés chaque année dont un tiers avant 65 ans

### Contexte :

En France, les cancers représentent la première cause de mortalité chez l'homme et la deuxième cause chez la femme en 2013 (données CepiDC 2016). Parmi les principaux facteurs de risque connus, le tabac et l'alcool sont particulièrement importants, responsables respectivement de 31% et de 10% des décès par cancer (Ribassin-Majed, 2015 ; Guerin, 2013),

Les projections démographiques suggèrent les évolutions suivantes à dix ans (estimations ORS) : une augmentation de 15% du nombre de nouveaux cas de cancer annuels et de 21% du nombre de décès ; (respectivement pour les cancers du poumon, colorectal et sein, une augmentation d'incidence de 14%, 19%, 9% et une augmentation du nombre de décès de 18%, 23%, 14%.)

Selon les tendances observées 1980-2012, certains cancers cumulent une augmentation d'incidence et de mortalité : Il s'agit en premier lieu du cancer du poumon chez la femme, dont le taux de mortalité standardisé se rapproche de celui du cancer du sein, et du mélanome de la peau-pour les deux sexes.

Le cancer du sein est le cancer féminin le plus diagnostiqué en France. On estime à environ 49 000 le nombre de nouveaux cas de cancer du sein invasif en France pour l'année 2012. L'incidence a beaucoup augmenté entre 1980 et 2005 pour se stabiliser ensuite. Le cancer du sein est globalement de bon pronostic, avec une survie nette à 88% pour les femmes diagnostiquées en 2005-2010.

En Ile de France, la tendance est globalement favorable depuis 1990, tous cancers confondus. : En 2011-2013, il existe une sous mortalité par cancer, observée exclusivement chez les hommes (-0.9%),

Parmi les facteurs ayant influencé les tendances, les campagnes de dépistage ont une place importante.

L'Agence se coordonne avec l'assurance maladie et les Conseils Départementaux pour améliorer l'impact et l'efficacité des campagnes de dépistage organisé des cancers (cancer du sein, cancer colorectal, cancer du col de l'utérus).

Le programme national de dépistage organisé confie aux structures de gestion le soin de coordonner les acteurs au plan territorial, de sensibiliser et informer les professionnels concourant au dépistage et la population, de mobiliser tous les bénéficiaires concernés, et d'assurer le retour d'information et l'orientation vers les professionnels de santé concernés .... En IDF, la participation aux campagnes de dépistage organisé des cancers (DO), est en moyenne plus faible que sur le territoire national. Ceci est pondéré du fait que deux territoires (75 et 92) sont caractérisés par un taux élevé de détections hors campagne de dépistage organisé individuelle (DI). Ceci étant, globalement 30% des femmes restent à l'écart de tout dépistage du cancer du sein. Aussi, l'accès au dépistage nécessite d'être renforcé.

De même, un effort sera porté sur le délai d'accès au diagnostic et au traitement. Il est nécessaire de renforcer le lien avec les associations de quartier, les collectivités locales, les personnes relais pour toucher davantage les publics éloignés du système de santé (handicapés, migrants, personnes en difficultés socioéconomiques, détenus etc.).

La prévention en matière de réduction des facteurs de risque de cancers, en premier lieu la nutrition et la lutte contre le tabagisme est traitée respectivement sur les fiches 5 et 3.

#### **Références aux plans nationaux :**

*Plan Cancer 2014-2019*

#### **Objectif général**

***Améliorer la prévention des cancers et promouvoir le recours aux dépistages des cancers***

#### **A – Dépistages organisés (cancer du sein, cancer colo-rectal-cancer du col de l'utérus)**

##### **Objectif opérationnel n°1 :**

**Renforcer la politique de dépistage des cancers, notamment pour les populations éloignées du dépistage et les personnes à haut-risque**

##### **Populations concernées**

- Personnes en situation de précarité, les femmes en particulier
- Personnes restant à l'écart des dépistages (selon les données du tableau de bord régional des dépistages organisés des cancers)
- Personnes en situation de handicap en milieu ordinaire ou en établissement médico-social
- Personnes détenues

##### **Types d'intervention et exemples d'actions :**

- Actions de type santé communautaire visant les populations éloignées du système de soin
- Actions interdisciplinaires de promotion du dépistage sur des lieux de vie tels que les FTM, les établissements médicosociaux)
- Actions de promotion du dépistage des cancers en milieu carcéral
- Actions intersectorielles d'information -sensibilisation à destination des femmes, incitation au suivi médical régulier, notamment gynécologique ; à la participation aux campagnes de dépistage des cancers (cancer du sein, du col de l'utérus, cancer colorectal ; au repérage précoce (cancer de la peau) ...)

##### **Objectif opérationnel n°2 :**

***Renforcer l'implication des professionnels de premier recours dans le dépistage et l'orientation***

##### **Populations concernées :**

- Femmes de 50 à 74 ans pour le cancer du sein, de 25 à 65 ans pour le col de l'utérus
- Hommes et femmes de 50 à 74 ans pour le cancer colorectal

### **Types d'intervention** et exemples d'actions:

- Actions d'information et de sensibilisation des acteurs gravitant autour du dépistage organisé : professionnels de premier recours : médecins, pharmaciens, paramédicaux, centres de santé, MDSP... collectivités territoriales, CLS, ASV ou associations relais

### **B-Dépistages du mélanome :**

#### **Objectif opérationnel n°3 :**

**Renforcer la politique de dépistage des cancers de la peau, notamment pour les populations éloignées du dépistage et les personnes à haut-risque**

#### **Populations concernées**

- Personnes à phototypes très « clairs », personnes (et enfants) ayant été exposés au soleil et tout particulièrement aux coups de soleil dans l'enfance,
- Personnes exposées professionnellement (travailleurs du bâtiment, monde agricole etc.)

### **Types d'intervention et exemples d'actions :**

- Actions de type santé communautaire visant les populations éloignées du système de soin
- Actions intersectorielles d'information -sensibilisation à destination des familles et des éducateurs (parcours éducatif en santé, centres de loisir sans hébergement etc.)
- Actions d'incitation au dépistage /repérage précoce, ciblées sur des profils à risque, en faisant appel à des professionnels et des outils validés, qui vont du simple outil ABCDE jusqu'à l'emploi de score de risque type Samscore (créé et validé par le réseau mélanome ouest)
- Participation aux campagnes de dépistage des cancers de la peau (journée annuelle...)

### **POINTS DE VIGILANCE:**

Les projets devront s'inscrire en lien avec les structures de gestion des dépistages organisés (SGDO) pour ce qui concerne les cancers du sein, colo rectal et col de l'utérus

*Pour les actions qui concernent les publics défavorisés, se conformer aux points de vigilance identifiés dans la fiche N°10 « Accès à la santé des personnes démunies ».*

## FICHE n° 5 : NUTRITION ET ACTIVITE PHYSIQUE

### Chiffres clés

En 2012, l'obésité concernait 14,5 % de la population francilienne soit plus d'1,5 million de personnes dont un demi-million était en situation d'obésité sévère et 100 000 en obésité morbide.

En Ile-de-France, selon les données de l'Assurance maladie, ce sont plus de 2 millions de personnes qui sont pris en charge en affection de longue durée pour au moins une maladie chronique cardio-métabolique en 2015 : 1 015 200 pour HTA - 242 300 pour une cardiopathie ischémique ; 547 800 pour diabète.

Ces chiffres sous-estiment la réalité puisqu'ils n'incluent pas, par nature, les pathologies silencieuses non encore dépistées et diagnostiquées.

### Contexte

Parmi les facteurs environnementaux, l'alimentation et l'activité physique sont des déterminants de santé majeurs, d'autant plus importants qu'il est possible d'agir sur eux en termes de prévention et de Promotion de la santé. Ils interviennent particulièrement dans la genèse des maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires (Hypertension artérielle, insuffisance coronaire), certains cancers (sein et colon), le diabète, et l'obésité.

La prévalence du diabète ne cesse d'augmenter en France depuis 1998 et l'IDF se caractérise par un taux de prévalence élevé par rapport au territoire national (5.23% en 2013). Le diabète gestationnel, diabète débutant ou diagnostiqué pendant la grossesse, est associé à des complications chez l'enfant et chez la mère. En France, globalement 76% des femmes ont bénéficié d'un dépistage du diabète gestationnel durant la grossesse.

Des inégalités sociales caractérisent les usages et la prévalence de l'obésité et du diabète en Ile-de-France.

-L'influence du milieu social sur les habitudes alimentaires s'illustre dès le plus jeune âge. Dans l'enquête réalisée en grande section de maternelle en 2012-2013, les enfants d'ouvriers sont 31% à consommer des boissons sucrées versus 8% pour les enfants des cadres.

-L'insécurité alimentaire touche 6.3% des personnes vivant dans l'agglomération parisienne. Il s'agit des personnes qui n'ont pas accès à une alimentation sûre et nutritive en quantité suffisante, qui satisfasse leurs besoins nutritionnels et leurs préférences alimentaires pour leur permettre de mener une vie active et saine.

Aussi, des efforts doivent être déployés auprès de ces populations

Les effets bénéfiques et la contribution des activités physiques et sportives à l'amélioration de l'état de la santé ne sont plus à démontrer. Pourtant, les niveaux observés d'activité physique apparaissent globalement insuffisants par rapport aux recommandations de l'ANSES 2016 pour près de la moitié des adultes avec des variations importantes selon le sexe et le niveau social des individus (ANSES rapport d'expertise collective, fev 2016). En IDF, seuls 14,% de la population pratique une activité physique telle que recommandée par l'OMS (Données ORS IDF 2014).

Concernant la nutrition, le Haut Conseil de Santé Publique recommande de poursuivre les stratégies des précédents PNNS1 et d'intervenir sur l'environnement social, économique et sociétal afin de faciliter les choix individuels favorables à la santé concernant l'alimentation et l'activité physique. Il s'agit donc de passer d'une

approche éducationnelle de la nutrition à une approche globale, « sociale » de la nutrition

## **Bibliographie**

ANSES, Rapport d'expertise collective, février 2016.

Conseil National de l'Alimentation, 2012.

Politique nationale nutrition santé en France, PNNS 2017-2021, Haut Conseil de la Santé Publique, septembre 2017.

Activité physique : contexte effet sur la santé (Inserm 2008)

[www.inserm.fr/content/download/7296/56185/version/2/file/activite\\_physique\\_contextes\\_effets\\_sant%C3%A9.pdf](http://www.inserm.fr/content/download/7296/56185/version/2/file/activite_physique_contextes_effets_sant%C3%A9.pdf) inserm activité physique contextes et effets sur la santé

Plan national nutrition santé : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS\\_2011-2015.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf)

Médecine des maladies métaboliques - Mars 2014 - Hors-série 1

Inpes Santé de L'homme n°417 : Promouvoir la santé bucco-dentaire <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-417.pdf> Etude Obépi 2012

### **Objectif général :**

**Promouvoir la prévention des maladies chroniques, notamment par une alimentation équilibrée et une activité physique régulière et adaptée aux différentes périodes de la vie.**

### **Objectif opérationnel n° 1**

**Renforcer le repérage précoce des personnes à risque de maladie chronique avec des outils validés (indices et scores issus de la bibliographie (GPAQ, FINDRISK...)) et activer des dispositifs d'information, de sensibilisation et d'orientation adaptés**

**Référence au projet PRS : projets 1.2 ; 4.1 ; 5.5:**

Le questionnaire mondial sur la pratique d'exercice physique (GPAQ), comporte 16 questions. Il a été mis au point par l'OMS pour enquêter sur la pratique d'activités physiques dans les pays. Il permet de recueillir des informations sur la pratique d'exercice physique dans les trois situations (Activités au travail • Se déplacer d'un endroit à l'autre • Activités de loisirs) ; Le FINDRISK un outil simple, pour identifier les personnes à haut risque de diabète de type 2.

### **Populations concernées :**

- Enfants –adolescents
- Personnes en situation de précarité
- Population générale
- Femmes enceintes

### **Exemples d'actions auprès des personnes :**

- Actions de repérage des facteurs de risque ciblées sur les zones géographiques à prévalence élevée de maladies chroniques telles l'obésité et le diabète,
- Actions d'information-sensibilisation au plus près des lieux de vie des personnes mobilisant les relais associatifs locaux, portant sur les facteurs de risque de maladies chroniques

### **Exemples d'actions auprès des professionnels :**

- Formation/sensibilisation des professionnels en contact avec les publics cibles (animateurs, éducateurs, enseignants, personnes relais, professionnels de santé en PMI - en milieu scolaire, ...), au repérage des facteurs de risque (notamment surpoids/obésité, sédentarité et diabète) et au dépistage du rebond d'adiposité précoce

### **Objectif opérationnel n°2 :**

***Co dépister les facteurs de risque de maladies cardio-métaboliques (surpoids, sédentarité, diabète...) en population générale et en population précaire, et développer des actions en faveur d'une alimentation équilibrée et sociale***

***Référence au projet PRS 1.2***

#### **Populations concernées :**

- Adultes, personnes âgées
- Personnes en situation de précarité

#### **Types d'intervention et exemples d'actions :**

- Programme d'actions « alimentation équilibrée » et sociale associé à un co-dépistage des facteurs de risque (sédentarité, obésité, diabète) au plus près des lieux de vie (maison de quartier, centre social, ...) sur un/des territoire(s) à forte prévalence

### **Objectif opérationnel n°3 :**

***Contribuer à augmenter la pratique d'activité physique et diminuer la sédentarité dans le cadre du plan régional Sport sante bien être (PRSSBE)***

***-auprès de publics spécifiques : viser le déploiement du dispositif Prescri'Forme sur l'ensemble de la région - et en population générale***

***Référence au projet PRS : projet 5.5***

#### **Populations concernées :**

- Personnes atteintes de maladies chroniques
- Personnes en situation de précarité
- Personnes sédentaires

#### **Exemples d'actions auprès des personnes :**

- Programmes collectifs d'activité physique adaptée à l'attention de personnes en perte d'autonomie (personnes âgées, personnes handicapées) et/ou atteintes de maladies chroniques en mobilisant des acteurs formés (instruction DGS du 3 mars 2017)
- Actions favorisant l'accès des personnes en situation de précarité à la pratique d'une activité physique
- Actions, via des personnes relais, favorisant le recours au dispositif Prescri'Forme pour les publics éloignés de la santé.
- Actions favorisant l'accès à une pratique régulière d'Activité Physique, intégrant les dimensions environnementales (signalétique, aménagements urbains, ...)

#### **Exemples d'actions auprès des professionnels :**

- Formation/sensibilisation des professionnels en contact avec les publics cibles (animateurs, éducateurs, enseignants, personnes relais, professionnels de santé en PMI - en milieu scolaire, ...), sur la place de l'activité physique en tant que déterminant de santé

#### **Objectif opérationnel n°4 :**

##### ***Développer les actions en faveur d'une alimentation équilibrée et sociale, favorable à la santé***

L Haut Conseil de Santé Publique recommande d'intervenir sur l'environnement social, économique et sociétal. Il s'agit de passer d'une approche éducationnelle de la nutrition à une approche plus globale, « sociale » de la nutrition.

##### **Référence au projet PRS 5.5**

##### **Population(s) visée(s) :**

- Enfants
- Adolescents
- Personnes en situation de précarité
- Population générale

Territoires prioritaires : Commune avec indice IDH 2 bas, en CLS , quartier politique de la ville

##### **Exemples d'actions auprès des personnes :**

- Actions favorisant l'accès à une alimentation saine et suffisante pour les personnes en situation de précarité, en concertation avec les acteurs locaux concernés et en cohérence avec la politique publique alimentaire (aide alimentaire adaptée, ...)
- Actions intégrant l'accès à la restauration scolaire pour tous et l'éducation à une alimentation sociale visant des comportements favorables pour la santé (prise en compte et appropriation du Nutriscore, de l'environnement...)

##### **Exemples d'actions auprès des professionnels :**

- Formation/sensibilisation des professionnels en contact avec les publics cibles (animateurs, éducateurs, enseignants, personnes relais, professionnels de santé en PMI - en milieu scolaire, ...), aux repères PNNS, à l'accompagnement dans des choix alimentaires favorables à la santé, aux bénéfices de l'Activité Physique, à l'utilisation d' outils validés, tel Nutriscore, relative à l'information nutritionnelle figurant sur les produits, pour aider les consommateurs à acheter des aliments de meilleure qualité nutritionnelle. ...),

##### **Points de vigilance :**

Les projets seront menés en lien avec les acteurs de santé (services hospitaliers, réseaux...) qui réalisent des programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) comprenant un volet nutrition.

Les projets devront s'articuler avec la conférence des financeurs sur la santé des personnes dépendantes, menée par la CNSA et les conseils départementaux.

Les actions de repérage ou de dépistage devront comprendre un volet de suivi et d'orientation des personnes.

## FICHE n° 6 : HABITAT ET SANTE

### Contexte

Parmi les déterminants environnementaux de la santé, le logement a un impact majeur sur l'état de santé de la population. Le diagnostic du Schéma Régional de Prévention fait apparaître que l'Île-de-France est marquée de façon massive par la crise du logement. Elle est la région où la demande de logements est la plus forte et celle où la relance de la construction est proportionnellement la plus faible. Ce déséquilibre entre l'offre et la demande, ainsi que les coûts de location en Île-de-France empêchent l'accès à un logement adapté, notamment pour les ménages modestes.

Le nombre de logements privés potentiellement indignes est estimé à plus de 200 000, soit plus de 5% des résidences privées et l'ARS Île-de-France assure près de 50% du nombre de procédures d'insalubrité engagées sur le territoire national. De plus, sur-occupation des logements, logements anciens ou dégradés et précarité contribuent, voire expliquent en particulier la forte incidence du saturnisme. L'Île-de-France concentre la moitié des cas de saturnisme infantile déclarés. Depuis juin 2015, au vu de l'évolution des connaissances sur les effets toxiques du plomb, le seuil correspondant à la concentration en plomb dans le sang (plombémie) définissant le saturnisme chez l'enfant a été abaissé de 100 à 50 µg/L. Trois fois plus d'enfants pourraient être concernés. La sensibilisation aux gestes de prévention et au dépistage devient donc encore plus prégnante.

Tous ces constats ont été réaffirmés dans le 3<sup>ème</sup> plan régional santé environnement (PRSE3). En effet, la réduction des risques environnementaux chez la femme enceinte et le jeune enfant, notamment concernant la prévention du saturnisme infantile, ainsi que l'amélioration du relogement des personnes dont l'habitat a été déclaré insalubre, avec son volet d'accompagnement sanitaire et social, sont des objectifs inscrits dans ce plan.

### **OBJECTIF GENERAL : Réduire les risques sanitaires liés à l'habitat**

Lien avec le projet PRS2 5.2

### Objectifs opérationnels

1. Développer des interventions pour la réduction des impacts sanitaires liés à l'insalubrité des logements
2. Accompagner les occupants dont le logement a été déclaré insalubre
3. Développer des interventions pour réduire les conséquences sanitaires liées à la pollution de l'air intérieur
4. Favoriser le repérage et la prise en charge des personnes souffrant du syndrome de Diogène et touchées par l'habitat indigne
5. Développer la prévention primaire et encourager le dépistage du saturnisme infantile (Agir en réseau)

### **Objectif opérationnel n° 1 :**

#### **Développer des interventions pour la réduction des impacts sanitaires liés à l'insalubrité des logements**

##### **Populations concernées :**

- Personnes vivant en habitat indigne

##### **Exemples d'actions :**

- **Repérage** des situations à risques et diagnostic des désordres présents dans les logements
- **Sensibilisation** des travailleurs du champ médico-social, intervenants à domicile, bailleurs, intervenants-relais bénévoles... en contact avec les occupants sur les risques sanitaires liés à un logement dégradé
- **Repérage et prévention des pathologies** liées à l'habitat (asthme, pathologies allergiques et respiratoires, maladies infectieuses), incitation au dépistage et à la prise en charge le cas échéant

### **Objectif opérationnel n° 2 :**

#### **Accompagner les occupants dont le logement a été déclaré insalubre**

##### **Populations concernées :**

- Personnes vivant dans un logement ayant fait l'objet d'un arrêté préfectoral d'insalubrité

##### **Exemples d'actions :**

- Une **information** sur la procédure enclenchée et ses conséquences
- **Et un accompagnement** sanitaire des occupants (promotion des gestes essentiels d'occupation d'un logement et sensibilisation sur les risques sanitaires liés au logement, incitation de la famille au dépistage des pathologies, à la vaccination avec orientation vers les PMI et médecins traitants, orientation vers les dispositifs de santé de droit commun...)
- **Et un accompagnement social** des occupants (diagnostic sommaire des caractéristiques sociales du ménage, description du logement et des charges liées au logement, médiation avec le propriétaire, assistance dans la recherche d'une solution d'hébergement temporaire ou définitif, gestion locative adaptée, orientation vers les dispositifs sociaux de droit commun...)

**Et le cas échéant, des prestations à la carte** si le besoin s'en fait ressentir (suivi sanitaire avec professionnels médicaux, lien avec les établissements de soin, évaluation sociale, assistance juridique, recours à un traducteur...))

### **Objectif opérationnel n° 3 :**

#### **Développer des interventions pour réduire les conséquences sanitaires liées à la pollution de l'air intérieur**

##### **Populations concernées:**

- Personnes vivant en habitat indigne,
- Personnes en situation de précarité

##### **Exemples d'actions :**

- **Sensibilisation des intervenants** à domicile autour des aides et possibilités d'intervention publique pour réduire les conséquences sanitaires d'un domicile mal chauffé
- Sensibilisation des professionnels chauffagistes aux bonnes pratiques d'intervention afin de réduire le risque **d'intoxication au monoxyde de carbone**
- Actions innovantes de **sensibilisation des populations** les plus précaires sur les risques d'intoxication au monoxyde de carbone

#### **Objectif opérationnel n° 4 :**

**Favoriser le repérage et la prise en charge des personnes souffrant du syndrome Diogène « et vivant dans un logement en situation d'incurie » en lien avec les CLSM et les cellules de concertation partenariales pour les situations complexes (RESAD)**

#### **Populations concernées**

- Personnes souffrant du syndrome de Diogène et vivant dans un logement en situation d'incurie

#### **Exemples d'actions :**

- Elaboration et mise en œuvre d'un programme de **sensibilisation** des professionnels intervenants à domicile au repérage de ces situations (attitude à adopter, diagnostic, évaluation des risques pour les occupants et leur entourage) et aux interventions possibles (information sur le réseau d'acteurs locaux mobilisables)
- Soutien et **accompagnement** des occupants et de leur entourage afin de favoriser le maintien des connexions avec les acteurs intervenant dans la prise en charge sanitaire, médicale et d'éviter les risques de rechute

#### **Objectif opérationnel n°5 :**

**Développer la prévention primaire et encourager le dépistage du saturnisme infantile (Agir en réseau), en tenant compte du nouveau seuil de déclaration obligatoire**

#### **Populations concernées :**

- Enfants, femmes enceintes

#### **Exemples d'actions :**

- Organisation de **campagnes de prévention** dans les secteurs géographiques à risques, renforcement des interventions auprès des groupes les plus exposés
- **Information** auprès des personnes-relais, des parents, **incitation au dépistage** et au suivi des enfants, actions de dépistage au sein d'un programme de santé globale

#### **Recommandations :**

Une attention particulière sera portée aux projets dans les conditions suivantes :

- s'agissant des objectifs spécifiques relatifs à l'habitat indigne, la priorité sera donnée aux projets détaillant la méthode et les moyens mis en œuvre afin de mobiliser durablement les occupants autour de la qualité de leur logement (Empowerment). Une attention particulière sera portée aux modalités d'évaluation de ces aspects.
- s'agissant de l'objectif spécifique relatif à l'accompagnement des occupants touchés, seuls les projets développant à la fois des interventions sur les volets social et sanitaire seront considérés.

---

<http://www.invs.sante.fr/Espace-presse/Communique-de-presse/2015/Prevention-des-intoxications-au-plomb-chez-l-enfant.-Abaissement-du-seuil-de-declaration-obligatoire.-Pres-de-trois-fois-plus-d-enfants-concernes>

## FICHE n° 7 : SANTE MENTALE

### Contexte

L'OMS définit la santé mentale comme un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté (OMS, Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020). La santé mentale est, donc, bien plus que l'absence de troubles mentaux.

La santé mentale est déterminée par des facteurs socioéconomiques, biologiques et environnementaux. La prévalence des troubles mentaux et liés à la consommation de substances psychoactives est élevée dans tous les pays du monde et cela contribue dans une large mesure à la morbidité, l'incapacité et la mortalité prématurée.

Cette forte charge des troubles mentaux a de fortes répercussions sur la santé (« *il n'y a pas de santé sans santé mentale* ») et d'importantes conséquences dans les domaines sociaux, économiques, et des droits humains. Ainsi, par exemple, les personnes souffrant de troubles mentaux sont exposées à des taux d'incapacité et de mortalité plus élevés que la moyenne : les personnes atteintes de dépression majeure et de schizophrénie, ont de 40 à 60 % plus de risques que la population générale de mourir prématurément ; le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes à l'échelle mondiale (OMS, 2013).

La promotion de la santé mentale s'inscrit dans le contexte élargi de la santé publique et propose une approche différente à celle des soins, notamment en utilisant des stratégies intersectorielles et en mettant l'accent sur la promotion du bien-être et des attributs de la santé mentale positive.

Les facteurs de risque et de protection en santé mentale ont été identifiés dans les différentes étapes de la vie, et beaucoup d'entre eux peuvent être modifiés (OPS, 2009). En fonction du contexte local, certains individus et groupes de la société risquent parfois beaucoup plus que d'autres de souffrir de troubles mentaux. Ces groupes vulnérables sont, par exemple mais pas nécessairement, les membres des foyers vivant dans la pauvreté, les personnes atteintes de maladies chroniques, les nourrissons et jeunes enfants délaissés et maltraités, les adolescents consommant pour la première fois des substances psychoactives, les groupes minoritaires, les personnes âgées, les personnes victimes de discrimination...(OMS, 2013)

Dans le contexte Francilien, les inégalités socio-économiques sont prégnantes chez l'adulte avec des indicateurs de souffrance psychique chez les 15-75 ans défavorables par rapport aux autres régions (SRP, ARSIF 2012). En outre, l'importance de l'habitat ancien dégradé, en particulier dans la zone centrale de la région (Paris, 93) augmente le risque de problèmes psychiques liés notamment à la sur-occupation des logements (SRP). Enfin, l'enquête « Enfams » attire l'attention sur la nécessité de renforcer la protection de la santé émotionnelle des familles monoparentales, notamment celle des enfants, confrontées à l'absence prolongée de domicile fixe (Observatoire du Samu social de Paris, 2014)

### Bibliographie

- Les actions probantes sont recensées dans plusieurs ouvrages - souvent téléchargeables. Ainsi, sont disponibles (liste non exhaustive):
- la synthèse « Interventions validées en prévention et promotion de la santé mentale auprès des jeunes » (INPES, 2012) identifiant une vingtaine de stratégies comme ayant un impact sur la santé mentale des enfants et des jeunes (la moitié d'entre elles environ s'adressent à la population générale, tandis que les

- autres ciblent des publics vulnérables) ;
- le référentiel de bonnes pratiques « Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire » (INPES, 2008), synthèse de la littérature scientifique internationale concernant les interventions de prévention des conduites à risque ;
- l'expertise collective « Conduites addictives chez les adolescents Usages, prévention et accompagnement Principaux constats et recommandations » (Inserm, 2014) présente les principaux constats et des recommandations concernant les conduites addictives chez les adolescents, en particulier sur les usages et les stratégies de prévention et d'accompagnement ;
- les dossiers « Promouvoir la santé dès la petite enfance Accompagner la parentalité » (Inpes, 2013) et « Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants État des connaissances » (Institut national de santé publique du Québec, 2014) présentent un état de connaissance sur ce qui caractérise les actions les plus susceptibles de favoriser le développement global des enfants ;
- l'ouvrage « Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010 » (Inpes, 2014) aborde, en particulier, les thèmes de la dépression et des pratiques addictives dans cette classe d'âge ;
- des revues de littérature et ouvrages dédiés à la thématique du suicide (cf. « Prévention primaire du suicide des jeunes Recommandations pour les actions régionales et locales Guide d'action » (CFES, 2001) et
- « Les Minorités sexuelles face au risque suicidaire : acquis des sciences sociales et perspectives » (Inpes, 2010).
- Groupe de travail sur la prévention du suicide du conseil National de la Santé Mentale 2017-2019

#### **Objectif général**

**Promouvoir, améliorer la santé mentale des populations dès le plus jeune âge, notamment des populations les plus vulnérables**

#### **Objectif opérationnel n° 1 :**

**Renforcer les compétences psychosociales (CPS) des jeunes et des enfants, y compris des jeunes enfants, par des actions participatives s'adressant aux enfants, à leurs familles et/ou aux intervenants professionnels.**

Ces actions sont, de préférence, intersectorielles et s'inscrivent dans un processus d'empowerment, indispensable pour ancrer ces compétences dans la quotidienneté de la vie.

Ces actions s'inspirent d'interventions validées ou prometteuses, publiées en France ou à l'étranger

#### **Populations concernées :**

- Enfants exposés à des risques de discrimination (diversité sexuelle, différence corporelle)
- Jeunes/enfants en situation de vulnérabilité (par exemple, stress et violence scolaire et/ou familiale, absence de domicile fixe, jeunes avec proche(s) atteint(s) d'un trouble mental, pauvreté, situation de handicap, de maladie grave
- Enfants exposés à l'adversité (par exemple, familles endeuillées, antécédents d'exposition à des conflits ou guerres...),

#### **Exemple d'actions :**

- Actions favorisant chez les adultes les pratiques éducatives positives - l'empathie, la capacité à répondre adéquatement aux besoins fondamentaux et la mise en œuvre de règles et de limites constructives en sont des exemples - principalement par la mise en place d'ateliers expérientiels (méthodes actives et participatives). Ces compétences et pratiques éducatives permettent l'établissement de relations positives entre parents et enfants, et augmentent le sentiment d'efficacité parentale. Chez les enfants et les adolescents, les CPS parentales renforcent des facteurs de protection des troubles de comportements et de l'abus de substances.

- Actions intersectorielles de stimulation du langage oral destinées aux parents et professionnels (éducateurs, enseignants, professionnels de santé, professionnels de la petite enfance, orthophonistes...) s'occupant d'enfants dans des milieux précaires. Ces actions, développées dans une interaction attentive et bienveillante avec chacun des enfants, doivent permettre à chaque enfant d'exprimer ses potentialités tout en respectant sa différence et son niveau de développement. Elles peuvent s'inspirer des programmes expérimentaux validés dans d'autres pays ou des expériences prometteuses en France comme le programme « Parler bambin7 »
- Actions de prévention en milieu scolaire (temps scolaires ou périscolaires) axées sur le développement des compétences psychosociales telles que les compétences contrôle de soi, compréhension des émotions et des relations interpersonnelles, résolution de problèmes. Les activités, que ce soit auprès des enfants et/ou auprès des parents, sont participatives et elles impliquent activement les enseignants et/ou des acteurs de l'enfance ou jeunesse intervenant sur le territoire
- Interventions collectives utilisant une approche socio-éducative auprès des parents et/ou des enfants et visant l'amélioration des capacités sociales et interpersonnelles des enfants en particulier par des actions transversales impliquant plusieurs environnements
- Interventions auprès des publics ciblés (parents ou enfants, acteurs de première ligne...) concernés par des facteurs ou des situations identifiées comme problématiques, notamment autour de : la gestion du stress et de l'anxiété à l'école ou dans le quartier ; la prévention des troubles du comportement alimentaire chez les jeunes filles, notamment par l'apprentissage du décodage des médias et la prise de conscience des stéréotypes féminins imposés par la société; des tensions dans les relations garçons-filles ; prévention de la violence et des brimades à l'école
- Programmes ciblant les enfants et les jeunes endeuillés avec une approche de soutien à la famille entière qui peut être réalisée via des interventions de groupes séparées : les enfants d'un côté, les parents survivants de l'autre.
- Actions concernant le soutien des enfants lors des périodes de transition (entrée à la maternelle, entrée à l'école primaire, au collège...) qui amènent leur lot d'adaptations pour l'enfant et sa famille. Les habiletés développées permettent aux enfants, à court et plus long terme, de gérer plus efficacement leurs pensées et leurs émotions, de développer leur résilience, de comprendre et de s'adapter aux exigences et aux normes de leur environnement social et, finalement, d'établir de bonnes relations interpersonnelles.

### **Recommandations : démarche d'interventions efficaces, actions probantes reconnues (SPF)**

- Les actions envisagées doivent permettre de s'ajuster au contexte culturel des familles ou de la communauté où le programme sera implanté. Sans devoir concevoir de nouvelles actions pour chaque groupe de la communauté, il importe que les activités, le matériel, le contenu ou le format d'une intervention soient compatibles avec les pratiques, les croyances et les besoins des différents groupes visés.
- Les actions menées en milieu scolaire devront s'inscrire dans le projet éducatif de l'établissement et s'appuyer sur un état des lieux préalable des besoins, des ressources et des pratiques de l'établissement. Les actions se feront en lien avec le CESC, en coordination avec le rectorat, et en adéquation avec le socle de compétences de l'Education Nationale.
- Le promoteur intervenant en milieu scolaire doit être agréé par l'Education Nationale pour intervenir en milieu scolaire.

### **Repères bibliographiques (non exhaustif) :**

- La synthèse « *Interventions validées en prévention et promotion de la santé mentale auprès des jeunes* » (INPES, 2012) identifie une vingtaine de stratégies validées. La majorité des interventions visent les jeunes de 5 ans et plus et la moitié des interventions efficaces sont multimodales. Parmi les interventions validées se trouvent des programmes centrés directement sur le développement des compétences parentales (notamment pour les enfants de moins de 5 ans) ; de programmes centrés sur les compétences psychosociales des enfants et des jeunes ; des programmes scolaires impliquant activement les parents et/ou les enseignants à plus long terme ; des programmes s'appuyant sur

l'approche cognitive; des interventions basées sur l'apprentissage du décodage des médias ou sur des méthodes interactives via Internet ; une approche socio-éducative de soutien à la famille entière pour des enfants endeuillés

- Le dossier « *Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes* » (INPES, 2015, revue La santé en action mars 2015 / Numéro 431) renforce les repères, tant théoriques que pratiques sur la notion de compétences psychosociales. La première partie en expose les fondements théoriques, et la seconde ouvre sur des expériences à travers la France.
- Le « *Guide d'intervention en milieu scolaire. Vie scolaire. Repères. Prévention des conduites addictives* » (Ministère de l'éducation nationale, CNDP, 2010) s'appuie sur les principes de la prévention à l'École, prioritairement fondés sur le développement des compétences psychosociales permettant aux élèves de faire des choix éclairés et responsables. Le « *cartable des compétences psychosociales* » (Ireps Pays de la Loire, <http://www.cartablecps.org/page-1-0-0.html>) est un site ressource évolutif dans lequel chaque compétence psychosociale est illustrée dans un aller-retour entre pratique et théorie. Cet outil au service des acteurs de l'éducation pour la santé est soutenu par l'Inpes.

## **Objectif opérationnel n° 2**

**Développer des actions de promotion de la santé mentale et de la prévention du suicide**, en renforçant les actions visant à **développer le repérage précoce de la souffrance psychique et à favoriser le recours aux relais de proximité** :

La France se classe parmi les pays occidentaux à forte mortalité par suicide. Le taux de décès par suicide augmente fortement avec l'âge, et un tiers de celles et ceux qui se suicident ont plus de 60 ans. En revanche, la part du suicide dans la mortalité générale est nettement plus élevée chez les jeunes : entre 15 et 24 ans, le suicide représente 16 % du total des décès et constitue la seconde cause de décès après les accidents de la circulation. Par ailleurs, les sociologues ont mis en évidence de très fortes inégalités sociales face au suicide : les agriculteurs, employés et ouvriers ont ainsi un risque de décéder par suicide deux à trois fois plus élevé que celui des cadres (Observatoire national du suicide, 2014)

Face au risque suicidaire, il existe de nombreuses pistes d'intervention possibles. La grande majorité s'articule autour de la prise en charge de la souffrance psychologique et propose des axes d'intervention relativement classiques tels que la formation des professionnels de santé, l'accessibilité aux soins et le rôle des lignes d'appel. Concernant les interventions en milieu scolaire, celles-ci doivent être maniées avec précaution en raison de risques d'effets négatifs lorsque des jeunes sont chargés d'informer ou d'aider d'autres jeunes (risque de stigmatisation et de dévoilement d'une souffrance contre la volonté de la personne, risque de faire porter à des adolescents une part de la responsabilité en cas d'acte suicidaire). (Inpes, 2012).

Le programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 comportait 49 mesures regroupées en 6 axes. Son bilan national a été réalisé en 2015 et la préparation du prochain plan est en cours, permettant de structurer les priorités d'interventions.

### **Populations concernées :**

- Personnes en difficulté
- Personnes victimes d'homophobie
- Personnes âgées isolées ou en souffrance psychique et/ou déprimés
- Personnes en situation de grande précarité, personnes détenues ou sortant de prison, migrants
- Femmes en difficulté au cours de la période périnatale
- Personnes endeuillées notamment par suicide

### **Exemples d'actions auprès des professionnels**

- Sensibilisation-information des acteurs sanitaires et non sanitaires de première ligne (équipes éducatives, acteurs sociaux...) au repérage de la souffrance psychique, du risque suicidaire et des comportements à risque notamment chez les adolescents et les jeunes adultes
- Sensibilisation de relais de proximité auprès des jeunes (BIJ/PIJ, Antennes jeunes, PAEJ...) pour les aider à informer les jeunes sur les structures et dispositifs existants et les aider à s'orienter, si besoin.

## Exemples d'actions auprès des personnes

- Actions de repérage de la souffrance psychique en période périnatale auprès de femmes en situation d'isolement social ou de précarité
- Ateliers intergénérationnels visant à favoriser l'estime de soi, le bien être mental et social des personnes âgées et renforcer le lien social via notamment des activités ludiques et en utilisant de nouvelles technologies
- Actions de soutien auprès des personnes âgées endeuillées et/ou avec un vécu d'isolement et de fragilité, notamment des groupes de discussion permettant d'aborder différents sujets de santé (y compris la dépression), des activités physiques accompagnées de séances d'éducation au sujet de la santé, des groupes d'entraide pour endeuillés menés soit par des professionnels, soit par des pairs qui ont réussi à faire leur deuil
- Actions spécifiques au soutien de personnes endeuillées par suicide : groupes de parole, actions de formation et d'information
- Actions de lutte contre l'homophobie qui constitue un facteur de risque suicidaire majeur pour les personnes qui en sont victimes

## Recommandations : démarche d'interventions efficaces, actions probantes reconnues (INPES)

### Quelques repères :

- La revue de la littérature internationale «*Les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature* » (Inpes, 2012) est axée sur sept types d'interventions : la restriction des moyens permettant aux personnes d'attenter à leur vie, le maintien d'un contact avec les personnes à risque suicidaire, les lignes d'appel, la formation des médecins généralistes, les programmes en milieu scolaire, l'organisation de la prise en charge et les campagnes d'information du public.
- « Les comportements de santé des jeunes Analyses du Baromètre santé 2010 Tentatives de suicide et pensées suicidaires parmi les 15-30 ans » (Inpes, 2012)
- « Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010 » (Inpes, 2014)
- « Prévention primaire du suicide des jeunes .Recommandations pour les actions régionales et locales Guide d'action» (CFES, 2001)
- « Les Minorités sexuelles face au risque suicidaire : acquis des sciences sociales et perspectives » (Inpes, 2010).
- L'outil « jeune et homo sous le regard des autres » a pour objectif principal de favoriser le respect de la diversité sexuelle et prévenir les attitudes, paroles et comportements discriminants (homophobes) et leurs conséquences chez les jeunes de 11 à 18 ans à partir de ces courts métrages écrits par des jeunes. Il est composé d'un DVD et son livret d'accompagnement. (Inpes, 2010)

## FICHE n°8 : SANTE SEXUELLE ET PREVENTION DES MALADIES VIH, IST, HEPATITES

### Chiffres clés

La région IDF concentre 42% des cas de découverte de séropositivité au VIH (2 642 cas) ; 26 % des déclarations (DO) seraient dépistés à un stade tardif (Sida ou CD4<200). Paris concentre 42 % des DO en IdF et la Seine-Saint-Denis 17% des DO.

En IDF La prévalence de l'infection à VHC est de 44 % chez les usagers de drogues (enquête coquelicot 2011), de 4,8 % chez les détenus (prévacar 2010) et élevée chez les migrants. ; 65 000 personnes vivent avec une infection chronique à VHB (prévalence 0,8 %) qui nécessite un traitement

### Contexte :

#### La situation épidémiologique de l'IDF est encore préoccupante

- **VIH :** La région IDF est la première région en nombre de cas. Le nombre de déclarations a globalement baissé de 25 % entre 2003 et 2013 ; une baisse qui affecte exclusivement les migrants alors que le nombre de découverte chez les HSH reste globalement stable (source CIRE). Les populations touchées sont essentiellement les HSH (42 %), les femmes originaires d'Afrique subsaharienne (18 %) et les hommes hétérosexuels originaires d'Afrique subsaharienne (11 %)

Les 5 COREVIH d'IDF ont rapporté une file active de 45 332 patients ayant eu un suivi hospitalier en 2014 dont 187 enfants de moins de 15 ans ; 60 % sont des hommes, 74 % sont âgés de plus de 40 ans, 34 % sont des HSH, 54 % des migrants (dont 38 % d'Afrique subsaharienne). A leur dernière visite en 2014, 94 % étaient traités et, parmi ceux traités depuis plus de 6 mois, 90 % avaient une charge virale contrôlée ; 0,9 % étaient en échec immuno-virologique (source Piramig).

Pour autant, l'usage du dépistage VIH et du système de santé reste problématique pour une part importante de la population francilienne ; 20 % des personnes vivants avec le VIH ne seraient pas dépistées soit 10 000 personnes en IdF (source FHDH) et, parmi les personnes dépistées, subsistent des délais et des obstacles dans la prise en charge (triangulation des données DO et piramig). Aussi, le renforcement du dépistage précoce et l'accès rapide aux soins sont de grands axes de mobilisation dans la lutte contre le VIH.

- **Hépatites :**

Selon les données de surveillance, en Ile-de-France, sur 89 000 personnes infectées par le VHC (prévalence 1,09 %), une part importante de 30 000 personnes ne seraient pas dépistées. Parmi les personnes infectées, plus de la moitié présentent une infection chronique qui nécessite un traitement. L'accès aux traitements par les nouveaux antiviraux d'action directe se fait en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en fonction de critères de fibrose hépatique et de comorbidités. On compte sept services experts de lutte contre les hépatites. En sus, sept hôpitaux disposaient de RCP VHC en novembre 2015 en Ile-de-France.

L'hépatite B est une maladie prévenue par la vaccination, axe majeur d'intervention en particulier pour les groupes à risques.

Les comorbidités entre VIH, VHB et VHC sont fréquentes. Outre l'approche globale des comorbidités, le renforcement des réseaux de prise en charge des hépatites spécifiquement pour les patients des groupes à risque, l'éducation thérapeutique du patient à développer, la vaccination contre le VHB sont des priorités de renforcement.

- **Autres IST** Leur recrudescence est préoccupante et affecte particulièrement l’Ile-de-France. 90 % seraient prises en charge en médecine de ville. Les personnes consultant pour une IST ne seraient pas toutes dépistées pour le VIH, ni les co-morbidités. Les infections asymptomatiques sont fréquentes imposant une approche de dépistage systématique dans les groupes à risque pour interrompre la transmission. La réforme relative à l’offre d’information et de dépistage intervient pour une approche plus systématique, standardisée et globale dans la prévention, le dépistage et le traitement des IST.

### **Vers une approche en santé sexuelle**

L’OMS a convenu en 2006 d’une définition de travail « La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble. C’est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l’absence de maladies, de dysfonctionnements ou d’infirmités. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d’avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés. Beaucoup d’efforts doivent encore être consentis afin de s’assurer que les politiques et les pratiques de santé publique reconnaissent cet état de fait et en tiennent compte. »

Les outils de communication liés à la sexualité ont fait leurs preuves et sont efficaces sur les changements de comportements, favorisant l’autonomisation de l’usager et la responsabilisation de ses choix. Il s’agit de faire évoluer une approche trop souvent centrée sur les conséquences négatives d’une sexualité subie pour mettre en place une démarche transversale associant prévention combinée et santé sexuelle. Ce niveau d’approche devrait s’appuyer sur une promotion positive de la santé sexuelle.

### **REFERENCES**

-Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014

- Réduire de 50 % l’incidence de l’infection par le VIH
- Réduire de 50 % en 5 ans l’incidence du SIDA
- Réduire de 50 % la proportion de personnes découvrant leur séropositivité VIH au stade SIDA
- Réduire de 20 % la mortalité liée au SIDA
- Réduire l’incidence des gonococcies
- Réduire l’incidence de la syphilis
- Réduire la prévalence des chlamydioses et des infections à Herpes Simplex Virus
- Réduire l’incidence et la prévalence de contamination par papillomavirus

- Programme de travail INPES 2015 relatif à la santé sexuelle et prévention du VIH

**OBJECTIF GENERAL: Réduire le risque de contamination infectieuse (VIH –hépatites-autres IST..) et promouvoir la prévention combinée**

### **Objectifs opérationnels**

1. Développer les actions d’éducation à la vie affective et sexuelle auprès des jeunes. Développer l’information sur la contraception et la prévention des risques infectieux.
2. Développer la prévention ciblée des infections VIH-Hépatites, autres IST, auprès des publics à risque.
3. Favoriser le dépistage, adapté aux populations et à leur prise de risque et l’orientation vers le soin, dans une approche de counseling\*.
4. Développer le soutien et la prévention auprès des personnes confrontées aux infections (VIH, Hépatites).

### **Objectif opérationnel n° 1 :**

**Développer les actions d'éducation à la vie affective et sexuelle auprès des jeunes et l'information sur la contraception et la prévention des risques infectieux**

#### **Populations concernées :**

Adolescents, jeunes adultes,

et plus particulièrement:

- jeunes isolés, jeunes en situation de vulnérabilité sociale, jeunes LGBT
- jeunes filles mineures, jeunes majeurs sans revenu personnel
- femmes éloignées du système de santé

#### **Exemples d'actions:**

- Actions visant à favoriser les comportements individuels et collectifs favorable à la santé en matière de sexualité (démarche contraceptive, risque infectieux): groupes de parole...
- Actions d'éducation à la vie affective et sexuelle auprès des jeunes : en milieu scolaire (en lien avec l'éducation nationale) et au sein des structures recevant des jeunes (PIJ, CIDJ, mission locale, association de quartier).
- Actions d'information visant à développer les connaissances en matière de sexualité et de contraception (modalités d'accès et méthodes) et relations garçon-fille auprès des acteurs (professionnels ou non) intervenant auprès des jeunes (éducateurs, travailleurs sociaux, bénévoles...)
- Mise en place et animation de plateforme d'information et d'appui territoriales aux acteurs et aux familles associant différents partenaires dans le montage d'actions et de programmes dans la durée.
- Actions d'information- sensibilisation auprès des professionnels des missions locales, foyers de jeunes travailleurs, associations de jeunesse.
- Volet contraception et prévention VIH, hépatites et IST intégré aux actions d'éducation à la santé auprès des populations en situation de vulnérabilité.
- Actions de promotion de la santé des femmes dans une approche communautaire.
- Ateliers de développement de l'estime de soi, de bien-être mental et social, la vie affective et sexuelle.
- soutien aux actions sociétales et éducatives, aux actions communautaires, aux dispositifs d'écoute et de prise en charge des jeunes LGBT et par la sensibilisation des professionnels de santé.

### **Objectif opérationnel n° 2 :**

**Développer la prévention ciblée des infections VIH-Hépatites, autres IST, auprès des publics à risque**

#### **Populations concernées :**

- Jeunes, adultes dans les territoires prioritaires
- Personnes en situation de vulnérabilité, migrants, détenus, usagers de drogues, personnes en situation de prostitution, transgenre, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (gays et bisexuels), jeunes homosexuels, personnes vivant avec le VIH.

#### **Exemples d'actions :**

- Information - sensibilisation sur les infections VIH-Hépatites, autres IST, les conduites à risque, la prévention, le dépistage.
- Actions de promotion de la santé visant au développement d'aptitudes individuelles à adopter des conduites préventives : Promouvoir les capacités de négociation de réduction des risques sexuels et de dévoilement du statut sérologique.
- Actions d'information et de sensibilisation auprès des publics visés, des personnels des associations impliquées et des relais socio sanitaires de proximité.
- Actions de santé communautaire en particulier auprès de populations migrantes dont les femmes.
- Action intégrant la notion d'interculturalité afin d'améliorer l'approche des populations (médiateurs, ...)
- Séances collectives de sensibilisation sur les conduites à risque et sur les pratiques préventives (groupes de

paroles, ateliers).

- Actions visant à améliorer les connaissances et les capacités des personnes Trans à se protéger et à protéger leurs partenaires.
- Actions de sensibilisation du personnel pénitentiaire sur le risque infectieux VIH- Hépatites-IST, la prévention des risques, l'hygiène, le dépistage.
- Renforcement de la vaccination contre l'hépatite B avec une attention particulière pour les personnes des groupes à risque.
- Renforcement de la vaccination contre le papillomavirus.

### **Objectif opérationnel n° 3**

**Favoriser le dépistage, adapté aux populations et à leur prise de risque, et l'orientation vers le soin, dans une approche de counseling\***

\* Counseling : approche visant à l'acquisition des compétences pour l'appropriation de la réduction des risques sexuels, capacité de négociation, explication de son statut sérologique

#### **Populations concernées :**

- Jeunes, adultes
- Personnes en situation de vulnérabilité, migrants, détenus, usagers de drogues, personnes en situation de prostitution, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (homosexuels et bisexuels), jeunes homosexuels, transgenres

#### **Exemples d'action :**

- Information sur les différentes modalités de dépistage (TROD, autotest, ...), orientation et accompagnement du résultat des dépistages (résultats positifs ou négatifs) en collaboration avec les CeGIDD.
- Actions de proximité hors les murs vers les publics ciblés intégrant le dépistage, l'accompagnement et les outils de prévention en coordination avec les CeGIDD.
- Actions de sensibilisation menées par les pairs.
- Renforcement de la médiation dans la prévention et l'accompagnement médico-social.
- Ateliers sur la santé sexuelle et la prévention intégrant le dépistage.
- Actions innovantes pour l'approche des populations « invisibles » et l'orientation vers le dépistage.
- Actions d'accompagnement après un dépistage négatif favorisant la prévention et une 'clientélisation' pour la répétition régulière du dépistage.
- Parcours de santé en lien avec les réseaux de prise en charge favorisant une prise en charge rapide et afin d'éviter les perdus de vue après un dépistage positif.

### **Objectif opérationnel n° 4 :**

**Développer le soutien et la prévention auprès des personnes confrontées aux infections (VIH, Hépatites)**

#### **Populations concernées :**

- Personnes séropositives (Hépatite, VIH) et leur entourage, détenus, personnes en situation de vulnérabilité.

#### **Exemples d'actions:**

- Actions d'**information** sur les traitements et la prise en charge (groupes de paroles, ateliers), médiation, accompagnement dans le système de soins
- **Actions collectives de soutien** visant à renforcer les capacités individuelles des personnes confrontées au risque à s'inscrire dans une démarche de santé responsable

**Recommandations :**

Seront priorités les projets qui :

- s'intègrent dans une stratégie d'intervention définie et en partenariat avec un ou des CeGIDD et favorisent le dépistage.
- sont menés en partenariat avec les acteurs locaux impliqués et en cohérence avec les autres actions conduites sur le territoire visé.
- comprennent des actions menées au plus près des lieux de vie et de sociabilité et celles qui privilégient l'intervention des pairs.

privilégient une approche de santé globale (pluri thématique incluant les IST, hépatites et le VIH, vaccination (hépatite B), vie sexuelle et affective, santé reproductive...)

**Points de vigilance :**

Dans les départements où le parcours santé VHC est en cours d'expérimentation (à ce jour :75, 93, 94) les projets doivent s'y référer (renforcement du réseau de partenaires, articulation des approches favorisant le dépistage et la prise en charge rapide...).

## FICHE n° 9 : SANTE DES PERSONNES EN SITUATION DE GRANDE EXCLUSION SOCIALE

### Contexte

Deux études conduites en 2012 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) mettent en avant la dégradation de la santé physique et psychique des personnes sans domicile par rapport à la population générale. Problèmes dentaires, tabac, surpoids, dépression, conduites addictives, elles sont plus vulnérables à de nombreuses pathologies. Seule la moitié d'entre elles se considèrent en « bonne » ou « très bonne » santé. Une personne sans-domicile sur dix déclare n'avoir aucune couverture maladie.

L'enquête SAMENTA, réalisée conjointement par l'observatoire du Samu-social de Paris et l'INSERM, en 2009, estime à 31 % la part de personnes sans logement atteintes d'un trouble psychiatrique sévère. La dépendance ou la consommation régulière de substances psychoactives (alcool, drogues illicites et/ou médicaments détournés de leur usage) concernent près de trois personnes sur dix (28,5%).

L'étude ENFAMS (Enfants et Familles sans logement en Ile-de-France) menée par l'Observatoire du Samu-social de Paris, et rendue en 2014, montre que près de 8 familles sur 10 et 2 enfants sur 3 sont en insécurité alimentaire, que 29% de mères souffrent de dépression, que la prévalence de l'obésité est bien supérieure à la population générale...

Le rapport du Collectif « les morts de la rue », publié le 12 novembre 2015, recense un âge moyen de décès à 49 ans alors que l'âge moyen de décès des hommes dans la population générale s'établit à 79 ans, soit trente ans d'espérance de vie en moins.

Ces problématiques de santé sont aggravées par les difficultés d'accès au système de santé.

Selon les données de la bibliographie, les personnes en situation de grande vulnérabilité sociale ressentent un sentiment d'exclusion et de mésestime de soi, qui souligne l'importance de conduire les actions avec une méthodologie participative et de consacrer des actions sur la restauration de l'image de soi.

### Bibliographie

#### **-État de santé et conditions de vie des populations sans domicile**

Institut de veille sanitaire, Bull Epidémiol Hebd.(BEH) , N° 36-37 | 17 novembre 2015

#### **-Enfants et familles sans logement : rapport d'enquête ENFAMS enfants et familles sans logement personnel en Ile-de-France, premiers résultats de l'enquête quantitative**

Samu social de Paris, 2014, 444 p.

#### **-L'accès aux soins des plus démunis : 40 propositions pour un choc de solidarité**

Rapport au Premier ministre

La documentation française, 2013, 130 p.

#### **-Santé et recours aux soins des migrants en France**

BEH, n° 2-3-4, janvier 2012, 52 p.

#### **-Comportements alimentaires et situations de pauvreté. Aspects socio-anthropologiques de l'alimentation des personnes recourant à l'aide alimentaire en France. Étude Abena 2004-2005.**

Christine César, Saint-Maurice : Institut de Veille Sanitaire; 2007/11. (Maladies chroniques et traumatismes.)

#### **-Les sans-abri à Paris et dans la Métropole : urgence sociale / état des lieux prospectif**

APUR, 2014, 49 p.

## **-Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015**

- Institut de veille sanitaire, Bull Epidémiol Hebd.(BEH) , N° 36-37 | 17 novembre 2015

### **Objectifs Généraux**

**-Faciliter l'accès aux dispositifs de santé droit commun (prévention, soins, médico- social) des personnes en situation de grande exclusion et en difficultés spécifiques**

**-Améliorer la cohérence des parcours de santé notamment dans la continuité, la globalité des prises en charge et dans la coordination des acteurs.**

### **Publics cibles :**

- Toute personne en situation de renoncement aux soins ou en rupture dans son parcours de santé du fait d'une problématique de grande exclusion, (absence de logement, situation administrative instable...), et/ou dans des conditions de vie complexes.
- Par exemple : les personnes sans abri ou en logement précaire atteintes d'une pathologie chronique, les mineurs étrangers isolés, les jeunes sortis du dispositif de l'Aide Sociale à l'Enfance ou du dispositif jeunes majeurs sans relais, les personnes vivant dans des bidonvilles ou dans des campements sommaires, les femmes « sans chez- soi » enceintes et/ou accompagnées de jeunes enfants, les personnes en situation de prostitution de rue, etc ...

### **Milieus d'intervention :**

Sont visés les lieux fréquentés par les Populations concernées tels que les centres d'hébergement d'urgence, les Espaces Solidarité Insertion, les hôtels à la nuitée, les bidonvilles, les campements illicites, les Services d'Accueil et d'Urgence hospitaliers...

### **Exemples d'actions :**

- Actions d'accueil/information/orientation/guidage sur les questions de santé et les ressources disponibles, dans les lieux fréquentés par les personnes démunies ; ces actions pourront notamment s'appuyer sur les guides édités
- Actions de repérage et d'orientation conjointe (volet santé/ volets droits) des personnes, sans droit ou en perte de droits, ou en situation complexe... ;
- Actions de sensibilisation des acteurs associatifs, sanitaires, sociaux, au contact avec le public (d'accueil, de première ligne, des services d'urgence...) à l'approche et au repérage des situations de grandes difficultés vis-à-vis du système de santé ; actions de mobilisation des pairs
- Actions de lutte contre les facteurs pouvant occasionner des ruptures dans le déroulement des parcours de santé (aller-vers, prise en compte des représentations et des savoirs sur la santé, articulations d'amont et d'aval ...) ;
- Actions d'information et de sensibilisation, lors des ateliers sociolinguistiques, aux aspects pratiques de la santé (le fonctionnement du système de santé en France, le déroulement d'une consultation chez le médecin généraliste, les lieux de dépistages, le passage chez le pharmacien, les possibilités de contraceptions ...)
- Actions de médiation en santé/interprétariat/ accompagnement individuel des personnes dans leurs démarches de santé ;

### **Points d'attention :**

Il est important d'adapter la prise en charge à la situation de vie des personnes, confrontées à des difficultés multiples : absence de logement stable et digne, alimentation non garantie (quantité, qualité), absence de droit ouvert à la couverture maladie...

Les interventions devront s'interroger sur :

- La coopération entre acteurs : il ne s'agit pas tant de créer de structures nouvelles que de s'inscrire dans des pratiques de travail partagées, dans des logiques de territoire et de parcours de santé où les différents acteurs médicaux et sociaux se coordonnent entre eux.
- L'accès des personnes à la protection maladie pour permettre l'usage du système de santé de droits commun.
- Le positionnement des lieux d'intervention , nécessairement au plus près des lieux de vie (pratique du « aller-vers ») pour toucher les personnes les plus éloignées des dispositifs socio-sanitaires (« personnes invisibles ») ;
- L'accès aux services de médiation en santé, pour lever les incompréhensions culturelles et linguistiques pouvant se poser ;

Elles devront viser le renforcement de l'estime de soi et le développement de la socialisation, à travers des temps d'écoute, de prise de parole (sans être des lieux de psychothérapie), des approches collectives permettant aux personnes de dépasser leur isolement et de tisser des liens de solidarité. Elle devront aussi rechercher la participation des personnes - ne pas faire à la place des personnes mais avec elles - pour les amener à faire par elles-mêmes.

## FICHE n° 10 : INTERVENTIONS GLOBALES A L'ATTENTION DES PERSONNES CONFRONTEES AUX DIFFICULTES SOCIALES

### Contexte :

Les inégalités sociales de santé touchent l'ensemble du gradient social : au-delà des seules personnes confrontées à la précarité ou à l'exclusion, les personnes en lutte à d'autres difficultés sociales (faibles revenus, emploi partiel, non stable ou mal rémunéré, conditions de logements insatisfaisantes, quartier de vie enclavé, difficultés de transports) ont un état de santé moins bon que les personnes à statut social élevé.

**Ces groupes sociaux ne sont pas prioritairement visés par les interventions du PRAPS**, et bénéficient peu des interventions en population générale.

En Ile-de-France, les contrastes sociaux des territoires et l'existence de quartiers très relégués et marqués par une pauvreté profonde et étendue, et/ou par des conditions de vie très dégradées, rend légitime l'approche territoriale micro-locale.

Par ailleurs, les difficultés d'accès à la prévention ou aux soins sont en général liées à des mécanismes globaux (contraintes de vie, importance des restes à charge, etc...) ; l'expérience montre que les interventions monothématiques sont inadaptées et qu'il est important de mener des actions non spécialisées, portant sur un ensemble de champs de la santé ou un ensemble de mécanismes visant le renforcement des compétences et des capacités d'agir de ces groupes sociaux.

### Populations concernées :

Il s'agit de groupes confrontés à des difficultés ou à des fragilités sociales. Sont visés:

- Les habitants des quartiers prioritaires au sens de la politique de la Ville, ainsi que les zones rurales ou périurbaines avec des caractéristiques territoriales de défavorisation marquée
- Les jeunes suivis en structure d'insertion, ou de rescolarisation
- Les personnes hébergées dans les foyers (Foyers de Travailleurs Migrants, foyers de jeunes travailleurs, résidences sociales, etc...), chez des tiers ou en situation de surpopulation lourde, etc...
- Les personnes en situation de chômage ou de travail précaire, ainsi que les personnes en situation de pauvreté

### **OBJECTIF GENERAL**

**Faciliter l'appropriation des enjeux de santé par des personnes peu favorisées ou pauvres, dans une logique d'approche globale et par le renforcement des compétences personnelles et collectives.**

### Objectifs opérationnels

1. Développer des démarches globales de prévention au bénéfice des personnes demeurant dans les quartiers prioritaires de la nouvelle Politique de la Ville
2. Développer les démarches globales de prévention en direction des personnes migrantes en situation de fragilité sociale
3. Favoriser la prévention et l'accès aux soins chez les jeunes en insertion et les jeunes relevant de la protection de l'enfance et de la jeunesse
4. Favoriser la prévention chez des personnes confrontées à des difficultés sociales telles que l'emploi précaire, la pauvreté monétaire, l'insécurité du logement

### **Objectif opérationnel n°1 :**

#### **Développer des démarches globales de prévention des personnes confrontées aux difficultés sociales**

##### **Populations concernées :**

- Les habitants des quartiers prioritaires au sens de la politique de la Ville, ainsi que les zones rurales ou périurbaines avec des caractéristiques territoriales de défavorisation marquée

##### **Exemples actions:**

- Actions visant une approche globale de la promotion de la santé, comprenant un ensemble de pratiques favorables à la santé et dépassant l'abord thématique envisagé dans les autres fiches action.
- Actions visant à favoriser la pratique de bilans de santé, en lien avec les centres de bilans de santé de l'Assurance Maladie.
- Actions de santé communautaire telles que formation spécifiques de personnes-relai, d'agents communautaires, etc...

##### **Recommandations :**

Les actions devront être inscrites dans la programmation du Contrat de Ville, voire inscrites dans un avenant, ou dans le contrat lui-même en cas de contrat-cadre

Lorsqu'un ASV est à l'œuvre sur le territoire d'intervention, il conviendra de veiller à l'associer dans la conception et le pilotage de l'intervention.

### **Objectif opérationnel n°2 :**

#### **Favoriser la prévention chez des personnes confrontées à des difficultés sociales telles que l'emploi précaire, la pauvreté monétaire, l'insécurité du logement**

##### **Populations concernées :**

Pour ce type d'actions, peu de modèles existent -notamment en termes de repérage, ou d'inclusion- dans une action collective ou individuelle. Les actions soutenues pourront donc avoir un caractère exploratoire. Elles chercheront notamment à mobiliser:

- Les personnes confrontées à un emploi fragmenté (horaires discontinus, temps partiel non choisi, etc...) ou précaire (emploi à domicile non encadré, emploi de gardiennage, etc...)
- Les personnes confrontées à une certaine pauvreté mais situées au-dessus du seuil d'attribution de la CMUc
- Les personnes confrontées à des situations instables de logement susceptibles de constituer des éléments de fragilité sanitaire: personnes hébergées chez des tiers, personnes concernées par des avis d'expulsions locatives, personnes vivant au sein de copropriétés dégradées, situation de surpopulation importante en habitat privé ou social, etc...
- De façon générale, une définition des populations concernées englobant l'ensemble des familles sera à rechercher chaque fois que possible

##### **Exemples d'actions :**

Les actions peuvent s'inscrire selon deux axes :

- Actions à dimension collective visant à faciliter la prise en compte des enjeux de santé dans les dynamiques des familles.

- Des démarches de facilitation de comportements de prévention en contexte économique contraint (notamment dans le champ alimentaire)
- Des démarches d'expression collective des besoins vis-à-vis de l'organisation du système de soins de proximité (par exemple dans des territoires enclavés accueillant un nombre important de personnes à horaires atypiques)
- Des démarches visant à identifier avec les familles les facteurs de risque pour la santé (ou les facteurs de

désinvestissement de la santé) au sein des contraintes supportées par ces familles, et à élaborer avec ces familles des stratégies locales d'amélioration (par exemple dans le champ du suivi sanitaire des enfants confrontés à une instabilité du logement).

-Actions à dimension individuelle visant à faciliter l'entrée dans le parcours de santé :

- Des actions partenariales avec l'Assurance Maladie visant à faciliter l'accès et l'usage de l'Aide à la Complémentaire Santé pour le parcours de soins des bénéficiaires. (bilans de santé..)
- Des actions partenariales avec le service de santé aux élèves visant à améliorer la réponse du système de soins pour les problèmes sanitaires dépistés à l'école ou en enseignement secondaire (lutte contre les obstacles financiers, organisationnels, ou de disponibilité familiale).

### **Recommandations :**

Pour ces actions, dont la difficulté essentielle est la constitution des groupes, on s'appuiera autant que possible sur des associations préexistantes et susceptibles de rassembler les personnes concernées ; un élargissement des partenaires impliqués est probablement souhaitable : amicales de locataires, associations d'usagers de l'habitat, associations caritatives dont l'action dépasse la seule catégorie des personnes en situation d'exclusion. Les associations de quartiers ou de parents d'élèves peuvent constituer des partenariats importants, à condition qu'elles témoignent d'une capacité à mobiliser les catégories sociales concernées. Des partenariats avec les syndicats de branches salariées particulièrement exposées (commerce et distribution) peuvent être le support d'actions à l'échelle locale ou départementale, sous réserve que les objectifs de prévention ne relèvent pas du domaine de la santé au travail.

Le repérage des personnes étant au-dessus du seuil de CMUc et susceptibles de bénéficier de l'ACS peut faire l'objet de protocoles avec la CPAM, la CAF, ou d'autres partenaires (CCAS par exemple).

Référence pour l'ACS :

<http://www.irdes.fr/presse/2014/3-questions-a-avril-comment-expliquer-le-non-recours-a-l-aide-a-l-acquisition-d-une-complementaire-sante.html>

### **Recommandations communes aux deux objectifs :**

- Les actions relevant d'un abord thématique (santé mentale, nutrition, etc...) doivent être référées aux fiches correspondantes
- L'attention des opérateurs est appelée sur l'importance d'identifier clairement pour ces actions les résultats attendus en termes de santé, qu'il s'agisse de résultats globaux de type meilleur accès aux soins et à la prévention ou, lorsqu'une action vise un nombre diversifié de thématiques, de résultats pour chacune de ces thématiques. A cette fin, il est attendu la mise en œuvre des dispositifs d'évaluation permettant d'apprécier l'atteinte de ces résultats.

### **Territoires prioritaires :**

Feront l'objet d'une attention particulière, les projets d'action concernant les territoires suivants:

- Territoires des communes ayant formalisé un CLS comportant cette thématique
- Territoires avec IDH2<0.52
- Territoires cibles // Géographie prioritaire de la politique de la ville

## FICHE n° 11 : SANTE DES JEUNES

### Chiffres clés

La population des jeunes est importante en IDF : un peu plus de 1.55 M de jeunes de 15/24 ans, 618 786 étudiants, soit un tiers de l'effectif national, 200 000 jeunes accueillis dans les Missions locales pour l'emploi.

### Contexte

Cette tranche d'âge qui couvre adolescent et le jeune adulte correspond à un moment où le jeune se détache progressivement de sa famille, découvre une forme d'autonomie, et initie sa propre trajectoire de vie : celle-ci interagit avec celle de ses pairs et avec le contexte social.

C'est un moment où la prise de risques fait partie du développement normal de l'adolescent dans cette période de transition avec l'enfance. C'est une période de fragilités où se cumule l'effet des déterminants personnels et ceux liés au contexte de vie de la famille et les déterminants personnels, et qui peuvent impacter plus tard la vie d'adulte. Mais c'est aussi une période d'opportunités si elle permet aux jeunes de prendre confiance en leurs capacités.

L'action de l'ARS sera orientée sur 3 axes

#### **-Améliorer la capacité d'agir des jeunes**

Aider les jeunes à être pleinement acteurs de leur santé passe par le renforcement de leurs compétences et habiletés, et par la mise en place d'un climat scolaire, éducatif, propice à l'estime des autres et de soi, d'un environnement favorable à leur épanouissement. C'est tout l'enjeu des travaux menés en lien avec l'Education nationale qui développe le Parcours Educatif de Santé. Pour y parvenir, il est nécessaire de développer les compétences psycho sociales dans les programmes d'éducation à la santé et à la citoyenneté, et ceux de prévention des conduites à risques.

**-Assurer une présence renforcée dans les périodes de transition**, à risque de rupture dans le parcours de vie du jeune. L'enjeu est de développer des alliances entre les personnels de l'éducation, l'insertion, le secteur social et celui de la santé afin de mieux interpréter les signes de fragilités ou de souffrance des jeunes et développer des interventions précoces et coordonnées, permettant d'éviter de surmédicaliser des situations telles que : questionnement identitaire, isolement, décrochage et difficultés scolaires, familiales, conduites à risques.

#### **-La santé des jeunes : levier des réductions des inégalités sociales de santé.**

Pour lutter contre les IST, il faut prendre en compte les déterminants qui pèsent sur le jeune directement à travers son rapport à l'éducation, à l'insertion et indirectement par le biais de sa famille à travers le niveau de revenu, la nature de logement ainsi que le système d'accès aux droits à la santé. De ce fait, le cadre d'intervention pour la santé des jeunes doit être replacé dans une approche territorialisée renforcée sur les territoires socialement défavorisés, (quartiers politiques de la ville) et au bénéfice des jeunes les plus vulnérables (jeunes en insertion, étudiants salariés, jeunes en situation de handicap..).

### Données des enquêtes

#### **La santé perçue des collégiens**

La dernière enquête HBSC 2014 montre qu'en matière de santé mentale : 82% des adolescents scolarisés en collèges ont une perception positive de leur vie et se situent dans une projection positive de leur avenir. Mais ce ressenti tend à se dégrader entre la 6<sup>ème</sup> et la 3<sup>ème</sup>, et ce, plus fortement chez les filles que chez les garçons.

**La santé perçue des jeunes en insertion.** La recherche action PRESAJE (Inserm 2011) et la comparaison avec l'étude SIRS 2010 concernant la population des jeunes en population générale montrent que 19% des jeunes en insertion ont une perception négative de leur état de santé général, 20% de leur état de santé physique (contre 10% pour les autres jeunes), 30% de leur état de santé psychologique (contre 15% pour les autres jeunes). Parmi ces jeunes, 33% ont une pathologie non traitée. Le renoncement aux soins concerne 31% d'entre eux pour les soins primaires (visite chez le médecin généraliste, la pharmacie, le chirurgien-dentiste).

**Les jeunes en Ile de France présentent par ailleurs certaines spécificités en termes de comportements par rapport aux autres régions (Source baromètre INPES 2010 -jeunes de 15/25 ans – extraction régionale Observatoire Régional de Santé (ORS)-**

-Sexualité : le niveau de recours à la contraception d'urgence et à l'IVG chez les 15/29 ans est plus important que dans d'autres régions (18,1% vs 11,3%). On note deux fois plus de rapports sexuels non protégés, avec en parallèle des déclarations d'IST plus fréquentes que dans d'autres régions.

-Produits addictifs : l'île de France se caractérise par la surconsommation de cannabis : plus d'un tiers des 15/25 ans fument quotidiennement avec des niveaux d'usage plus élevés que dans d'autres régions. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à consommer des produits psycho-actifs, mais l'écart se resserre entre 15/24 ans.

-Tabagisme : Le tabagisme régulier affecte un tiers des 15/24 ans, avec une tendance à une plus grande précocité de l'expérimentation

-Surpoids/ obésité : la prévalence est plus forte dans la région Ile de France et en augmentation : Parmi les jeunes de 12 et 18 ans, un francilien sur 10 est en excès de poids.

### **Objectif général**

**Mobiliser les acteurs sanitaires et sociaux dans une démarche globale de prévention-promotion de la santé**

### **Objectif opérationnel n°1 :**

**Favoriser l'intégration des compétences psycho sociales dans les programmes d'éducation à la santé et à la citoyenneté, et plus globalement dans les contextes concernant la jeunesse.**

- Il s'agit d'intervenir en amont des difficultés en donnant une impulsion majeure aux programmes de développement des CPS ; En effet, à chaque phase de développement de l'enfant et du jeune, l'approche par les compétences psycho sociales est pertinente car l'objectif visé est de l'aider à connaître, à mobiliser ses habiletés et ressources propres psychologiques, affectives et sociales, et à développer ses relations avec les autres afin d'en faire des facteurs de protection.
- Les interventions en milieu éducatif s'inscrivent dans la continuité des enseignements et doivent pouvoir faire lien avec les programmes. Elles se déroulent sur plusieurs séances à l'aide d'outils ludiques et par le biais de techniques d'animations individuelles en partenariat avec l'Education nationale, souvent en co-animation avec des professionnels des établissements scolaires et des associations. Leur mise en œuvre nécessite une collégialité entre les intervenants extérieurs et l'équipe éducative (enseignants, infirmières scolaires, assistantes sociales, CPE).

### **Les évolutions à intégrer**

-Ces dernières années, les points d'entrée étaient la prévention des conduites à risque, les relations filles garçons. Aujourd'hui le lien est fait plus directement avec la promotion d'une école bienveillante, d'un climat scolaire qui favorise le bien-être et la réussite du jeune.

-Il est important d'orienter les interventions tant vers les jeunes que vers les enseignants, les animateurs, les accompagnants, en veillant à intégrer les CPS à la vie quotidienne (enseignements, activités culturelles,

sportives. )

-il est nécessaire de développer des actions en direction des parents : informations, moments d'échanges concernant l'action engagée en direction du jeune, aides apportées face au développement émotionnel et comportemental du jeune, pour développer les habilités parentales, favoriser la communication parents/enfants,.

-L'intervention en milieu éducatif, d'insertion, des loisirs, d'apprentissage est à optimiser par un accompagnement dans le milieu de vie du jeune, impliquant les acteurs ressources du territoire (municipalité, service jeunesse, Maisons des adolescents, activités périscolaires, centre de loisirs...) et l'entourage du jeune (familles, amis..).

#### **Populations concernées :**

- Adolescents et jeunes dans le cadre de leur parcours scolaire, d'insertion, d'apprentissage, en lien avec le socle de connaissance et de compétences à acquérir, pour renforcer une dynamique de prévention et d'éducation à la santé
- Adolescents exposés à des situations de harcèlement, des risques de discrimination
- Jeunes isolés, en situation de vulnérabilité (par exemple, risque de stress et de violence scolaire et/ou familiale, absence de domicile fixe, jeunes vivant avec une personne atteinte d'un trouble mental, pauvreté...)
- Jeunes en situation de décrochage scolaire, en difficulté d'insertion professionnelle, suivis par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)
- Adolescents exposés à l'adversité (par exemple, familles endeuillées, antécédents d'exposition à des conflits ou guerres...)
- Mineurs sous-main de justice : jeunes de 13-18 ans suivis par la Protection judiciaire de la jeunesse

#### **Exemples d'actions :**

- Actions favorisant chez les adultes les pratiques éducatives positives - l'empathie, la capacité à répondre de façon adéquate aux besoins fondamentaux et la mise en œuvre de règles et de limites constructives en sont des exemples - principalement par la mise en place d'ateliers expérientiels (méthodes actives et participatives). Ces compétences et pratiques éducatives permettent l'établissement de relations positives entre parents et enfants, et augmentent le sentiment d'efficacité parentale. Chez les enfants et les adolescents, les CPS parentales renforcent des facteurs de protection des troubles de comportements et de l'abus de substances.
- Actions de prévention en milieu éducatif (temps scolaires ou périscolaires) axées sur le développement des compétences psychosociales telles que les compétences de contrôle de soi, de compréhension des émotions et des relations interpersonnelles, résolution de problèmes. Les activités, que ce soit auprès des jeunes et/ou auprès des parents, sont participatives et elles impliquent activement les enseignants et/ou des acteurs de la jeunesse intervenant sur le territoire.
- Interventions sur la gestion du stress et de l'anxiété à l'école ou dans le quartier ; la prévention des troubles du comportement alimentaire chez les jeunes filles, notamment par l'apprentissage du décodage des médias et la prise de conscience des stéréotypes féminins imposés par la société; des tensions dans les relations garçons-filles ; prévention de la violence et des brimades à l'école.

#### **Recommandations : démarche d'interventions efficaces, actions probantes reconnues (SPF)**

- Les programmes qui se révèlent les plus efficaces selon les études s'inscrivent dans la durée, avec des interventions qui se déploient tout au long du cheminement scolaire afin de favoriser le développement

des compétences aux différentes phases de développement du jeune, avec des interventions sur différents niveaux de classe. Ils mettent le jeune au cœur des apprentissages et accordent une place privilégiée aux méthodes interactives et expérientielles qui permettent l'exploration, les expériences et les simulations.

- La logique d'une action efficace est de viser à la fois les jeunes, les parents et la communauté éducative mais aussi de diversifier les lieux et les occasions d'interventions hors du milieu scolaire pour s'inscrire dans le territoire de vie du jeune et de sa famille. Ce type d'approche favorise la mise en cohérence des messages, des actions
- Les actions envisagées doivent permettre de s'ajuster au contexte culturel des familles ou de la communauté, compatibles avec les pratiques, les croyances et les besoins des différents groupes visés.
- Les actions menées en milieu scolaire devront s'inscrire dans le projet éducatif de l'établissement, faire le lien avec les programmes et s'appuyer sur un état des lieux préalable des besoins, des ressources et des pratiques de l'établissement. Les actions se feront en lien avec le CESC, en coordination avec le rectorat, et en adéquation avec le socle de compétences de l'Education Nationale.
- Le promoteur intervenant en milieu scolaire doit être agréé par l'Education Nationale pour intervenir en milieu scolaire. L'intervention doit se fonder sur des données probantes, études et recommandations validées (INPES, EDUSCOL).

### **Objectif opérationnel n° 2**

**Développer le repérage précoce et l'orientation adaptée des jeunes en situations de vulnérabilité -Promouvoir des alliances entre les acteurs sociaux, de l'éducation et de la santé dans ce cadre.**

Les leviers se structurent au niveau du repérage dans deux champs : l'interface avec l'Education Nationale, les acteurs de l'apprentissage (CFA), de l'insertion (Missions locales) et avec les lieux de vie des jeunes et leur famille. Il doit donc s'appuyer sur une couverture territoriale des points d'entrée dans le parcours (professionnels de l'éducation, la formation, l'insertion formés à l'écoute, points de premiers contacts adaptés) et favoriser le travail en réseau entre ces acteurs.

L'action vise au-delà du repérage à réduire les risques de rupture dans les prises en charge par un fonctionnement partenarial optimisé, rapide, sans multiplication des étapes intermédiaires.

### **Recommandations et retours d'expérience**

Elles sont issues de la démarche de coopération entre acteurs territoriaux qui a été expérimentée par l'ARS et l'Académie de Versailles pendant un an sur onze sites pilotes dans le cadre de la Mission Bien Etre et Santé des Jeunes, en lien avec la publication du Rapport MORO BRISON [http://social.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_bienetrejeunes\\_29novembre2016.pdf](http://social.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_bienetrejeunes_29novembre2016.pdf)

### **Populations concernées :**

- Adolescents et jeunes adultes en situation de mal être (difficultés scolaires, relations familiales, développement physique/psychique, vulnérabilité, souffrance psychique à l'adolescence
- Entourage des jeunes : familles, amis,
- Equipes éducatives et santé du milieu scolaire, insertion, loisirs, sports, accueil de première ligne des jeunes
- Acteurs sociaux : Centres sociaux, Maison de la Solidarité, Service jeunes des villes
- Acteurs du soin et de la relation : les MDA
- Jeunes LGBT

### **Exemples d'actions :**

- Sensibilisation-information des acteurs sanitaires et non sanitaires de première ligne (équipes éducatives, acteurs sociaux...) au repérage de la souffrance psychique, du risque suicidaire et des comportements à risque notamment chez les adolescents et les jeunes adultes
- Sensibilisation des professionnels de l'Education nationale, des structures d'apprentissage, des acteurs

jeunesse, d'insertion, à l'écoute des difficultés des jeunes et à l'orientation. Ecoute des besoins des jeunes et des familles, connaissance de leurs réseaux de ressources (focus groupes de jeunes/de parents, d'acteurs territoriaux)-Concertation entre acteurs autour de projets d'amélioration du parcours ou de nouveaux projets

- Développement des actions d'aller vers en prévention, repérage, orientation, soins : Consultations avancées des jeunes consommateurs en matière de prévention des addictions, antennes des Maisons des Adolescents sur des territoires mal couverts, permanence des Pôles Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) d'Espaces santé jeunes en établissements scolaires, BIJ/PIJ.. (Espaces santé jeunes, Bureau Information jeunesse, PIJ).

### **Bibliographie**

- « Les comportements de santé des jeunes Analyses du Baromètre santé 2010 Tentatives de suicide et pensées suicidaires parmi les 15-30 ans » (INPES, 2012)
- Enquête HBSC sur la sante des collégiens ( Health Behavior in school ages chlidren 2014)
- « Prévention primaire du suicide des jeunes .Recommandations pour les actions régionales et locales Guide d'action» (CFES, 2001)
- « Les Minorités sexuelles face au risque suicidaire : acquis des sciences sociales et perspectives » (INPES, 2010).
- L'outil « jeune et homo sous le regard des autres » a pour objectif principal de favoriser le respect de la diversité sexuelle et prévenir les attitudes, paroles et comportements discriminants (homophobes) et leurs conséquences chez les jeunes de 11 à 18 ans à partir de ces courts métrages écrits par des jeunes. Il est composé d'un DVD et son livret d'accompagnement. (INPES, 2010)
- Le rapport MORO BRISON [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_bienetrejeunes\\_29novembre2016.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_bienetrejeunes_29novembre2016.pdf)
- Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_bienetrejeunes\\_29novembre2016.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_bienetrejeunes_29novembre2016.pdf)

### **Objectif opérationnel n° 3 :**

**Renforcer les actions d'éducation à la vie affective et sexuelle auprès des jeunes et l'information sur la contraception et la prévention des risques infectieux**

*Se référer à la fiche 8 sante sexuelle*

### **Objectif opérationnel n° 4:**

**Développer les interventions vers les catégories de jeunes à fort besoin de soutien santé pour leur insertion sociale et professionnelle**

### **Publics concernés**

- Jeunes en dispositif d'insertion (Missions Locales, Ecoles de la deuxième chance (E2C), Espaces dynamiques d'insertion(EDI), Foyers de jeunes travailleurs ALJT)
- Jeunes suivis par la Protection Judiciaire de la Jeunesse, les services de l'Aide sociale à l'enfance ou les associations habilitées
- Jeunes suivis par les services jeunesse des villes, dans les territoires relevant de la Politique de la Ville
- Etudiants qui sont souvent éloignés des services de santé et se trouvent en situation de ruptures de prise en charge ou de renoncement aux soins pour des raisons financières, de temps disponibles, d'offres de proximité.

### **Exemples d'actions :**

- Renforcement des dispositifs de soutien à la santé psychique dans les Missions Locales (consultations de psychologues, permanences de PAEJ permettant d'aller au-devant des jeunes les plus en difficultés, programmes de renforcement des compétences psycho sociales en lien avec les démarches de formation, les dispositifs d'insertion (Garantie Jeunes)
- Développement des démarches de prévention globale : promotion de la santé intégrant les compétences psycho sociales et programmes de prévention et de promotion de la santé multithématiques s'inscrivant dans une démarche collective (ateliers santé)

- Programme de facilitation de l'accès des jeunes aux dépistages, aux soins de premier recours, aux bilans de santé conçus en partenariat avec les structures de l'Assurance Maladie ou d'autres structures. Soutien aux actions d'accès aux droits et à la santé de l'Assurance Maladie (plan santé jeunes) :

**Recommandations :**

Sont attendus des programmes en direction des jeunes

- Qu'ils visent à redonner confiance aux jeunes en leur permettant de verbaliser leurs désirs, leur projet professionnels, de vie ou leurs demandes et besoins concrets de vie en se sentant respectés et reconnus dans un groupe, qu'ils puissent trouver de la reconnaissance à travers le regard de l'autre et renforcer la résilience de chaque jeune et sa capacité à travailler sur ses propres ressources et capacités
- Qu'ils s'inscrivent dans une démarche de promotion de la santé, et ne se limitent pas aux seules questions d'addiction ou de sexualité.
- Qu'ils s'appuient sur un diagnostic des besoins (thématiques à aborder) réalisé avec les jeunes eux-mêmes, ou, a minima, avec les intervenants et accompagnants, ainsi que d'un diagnostic des ressources disponibles en proximité et susceptibles de recevoir les jeunes dans un premier recours aux soins.
- Qu'ils fassent appel à des équipes formées (fondamentaux de prévention- promotion de la santé bonnes pratiques ...)
- Qu'ils s'inscrivent dans le parcours d'insertion du jeune et soient valorisés comme étant un levier de l'insertion des jeunes

## FICHE n° 12 : VACCINATION

### Chiffres clés

En Île-de-France, la couverture vaccinale est globalement supérieure à la moyenne nationale pour la plupart des vaccinations. Des exceptions notoires existent toutefois : c'est le cas de la grippe (48,3% en 2015-16, toutes populations cibles confondues), et du HPV (10,1% en 2015) notamment.

Ces couvertures, même lorsqu'elles sont supérieures aux valeurs constatées au niveau national, ne sont pas suffisantes : l'objectif de la politique de santé publique, dans la lignée des recommandations OMS en la matière, serait d'atteindre une couverture de 95% pour tous les vaccins inscrits au calendrier vaccinal.

Vous trouverez dans le tableau qui suit les couvertures vaccinales observées en IDF en regard de celles observées sur le territoire national :

Vaccin	Couverture à 24 mois en IDF, 2015(schéma complet)	Couverture à 24 mois en France, 2015
Diphtérie – tétanos – poliomyélite	97,4%	98,7%
Coqueluche	98,3%	97,0%
Haemophilus	96,6%	96,6%
Hépatite B	88,1%	91,7%
Pneumocoque	91,4%	93,1%
Méningocoque C	75,8%	75,3%
Rougeole – oreillons – rubéole	(82,9% - 87,8% ) (selon les départements)	84,3%

### Contexte

L'amélioration de la protection de la population contre les maladies à prévention vaccinale a été inscrite comme une priorité de la politique de santé publique en France à partir de 2018. Si la Stratégie Nationale de Santé (SNS) porte une attention particulière à la vaccination de l'enfant avec l'extension de l'obligation vaccinale à l'ensemble des vaccins inscrits au calendrier vaccinal de la petite enfance, l'enjeu est plus large : il s'agit d'informer, de convaincre, de faire adhérer le plus largement possible la population, puisque la vaccination concerne (différemment) tous les âges de la vie.

Mais au-delà de la communication, la vaccination est potentiellement favorisée par la multiplication des possibilités d'en bénéficier : les vaccins doivent être disponibles, et la vaccination, accessible à des multiples points de contact des usagers avec le système de santé. Par ailleurs, il est nécessaire de garantir au plus grand nombre l'accès à la vaccination : des actions doivent être pensées spécifiquement pour les publics en situation de précarité et d'exclusion.

Pour être efficace, la politique vaccinale nécessite, au-delà d'un vaccin efficace, une stratégie d'intervention qui assure l'adhésion et une couverture la plus exhaustive possible de la population. Sa mise en œuvre doit être souple et adaptable aux publics ciblés et un suivi est nécessaire à toutes les étapes.

Pour y parvenir, l'ARS construit actuellement sa Stratégie régionale de vaccination pour la période du PRS2 (2018-2022) Celle-ci se structure autour de 3 axes :

- Connaissance, objectifs et expérimentations
- Stratégie, pilotage et contractualisation
- Evolutions du dispositif public de vaccination gratuite

Les objectifs développés dans la présente fiche font référence aux deux premiers axes. Les actions relevant du champ réglementaire des dispositifs structurels (CVAC, CEGIDD, SGDOC, CLAT) ne sont pas développées dans cette fiche. Ces structures peuvent toutefois proposer des projets sortant de leur cadre de financement habituel, s'ils correspondent aux objectifs ici présentés.

### **Références aux plans nationaux**

- La Stratégie Nationale de Santé : Extension des obligations vaccinales de la petite enfance et décret d'application
- LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 – Art. 49
- Décret n°2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire 2018-42 du 25 janvier 2018 relatif à la vaccination obligatoire

### **Objectif général :**

Améliorer la couverture vaccinale de la population francilienne

L'obtention et le maintien d'une bonne couverture vaccinale est essentielle pour la protection de la population contre plusieurs maladies infectieuses. Dans certains cas, comme celui de la rougeole, une bonne couverture vaccinale pourrait même conduire à l'élimination de la maladie, puisque la transmission ne se fait qu'entre humains. On observe cependant en Europe et en France, pour cette maladie comme pour plusieurs autres une résurgence certes faibles mais préoccupante ; ces maladies avaient un temps disparu de nos territoires.

L'action de l'ARS Ile de France, en dehors de son action régaliennne, est de proposer par le biais des effecteurs des actions de promotion de sa volonté vaccinale.

### **Objectifs opérationnels :**

- 1.** Adapter la communication sur la vaccination aux besoins spécifiques des publics cibles
- 2.** Inciter à la pratique vaccinale

### **Objectif opérationnel n° 1 :**

#### **Adapter la communication sur la vaccination aux besoins spécifiques des publics cibles**

#### **Populations concernées :**

- Groupes d'âge ayant un faible recours à certaines vaccinations : adolescents, jeunes adultes, personnes handicapées, personnes âgées
- Personnes en situation de précarité, exclusion
- Personnes non francophones ou illettrées
- Personnes atteintes de maladies chroniques, obésité

#### **Exemples d'actions :**

- Actions d'information et de sensibilisation sur l'importance de la vaccination et de la mise en œuvre du calendrier vaccinal
- Actions de sensibilisation, d'information et de formation d'acteurs relais et notamment les : professionnels de santé, leaders d'opinion, associations, acteurs du secteur social et médico-social
- Actions visant à outiller les professionnels potentiellement amenés à discuter de la vaccination avec les publics cibles et/ou avec leurs responsables légaux le cas échéant, y compris les professionnels exerçant en

dehors du secteur sanitaire ou médico-social (par exemple : jeunesse et sports, cohésion sociale, éducation nationale, ...)

- Actions visant à développer les compétences des publics cibles sur la vaccination
- Promotion de la vaccination auprès des différents publics cibles, y compris en les informant sur les modalités pratiques d'accès (ancrage avec les professionnels et structures du territoire souhaité)

#### **Points de vigilance :**

1. Des outils nombreux et de qualité, sont déjà produits et mis à disposition par le niveau national (Ministère en charge de la santé et Santé Publique France). Le recours à ces outils dans le cadre des actions à mener est encouragé par l'ARS.
2. Toutefois, ces outils ne sont pas adaptables à tous les publics : des manques peuvent être observés pour certains des publics cibles cités. L'ARS souhaite encourager la production d'outils spécifiques pour ces publics, couplée à ces interventions de sensibilisation / promotion qui permettent de les éprouver et réadapter, l'objectif ultime étant la mise à disposition ultérieure de ces outils pour l'ensemble des intervenants dans le champ de la prévention et promotion de la santé.
3. L'inclusion de la thématique vaccination dans des interventions plus globales de promotion de la santé est fortement encouragée (nutrition, santé sexuelle...). Ainsi, nous encourageons les opérateurs à intégrer les actions relatives à la vaccination dans des projets abordant d'autres champs de la prévention de manière concomitante.
4. Ces actions peuvent avoir pour temps fort la Semaine Européenne de la vaccination.

#### **Objectif opérationnel n° 2 :**

##### **Inciter à la pratique vaccinale**

#### **Populations concernées :**

- Personnes éloignées du système de soins, populations atteintes d'ALD

#### **Exemples d'actions :**

- Actions visant à permettre la mise à jour de toutes les vaccinations dans toute opportunité de contact entre ces populations et le système de soins et/ou de prévention et notamment :
  - au cours des examens de bilan de santé pour les personnes éloignées du système de soins
  - au décours d'une délocalisation programmée d'un bidonville
- Actions visant à développer des interventions auprès des populations atteintes d'ALD (plus HTA et obésité) à revoir le calendrier vaccinal (dans le cadre de Prescri'Forme et de la mise en place d'une activité physique adaptée par exemple, mais aussi dans d'autres dispositifs existants)
- Actions visant à promouvoir la vaccination hors les murs dans un ciblage préventif et/ou en contexte épidémique (Détenus/CHUM/Camps Roms ...)
- Actions visant à inciter à la pratique vaccinale par la médecine du travail, au-delà de la vaccination antigrippale

Actions visant à inciter le maintien à jour des vaccinations au sein des milieux de privation de **FICHE n° 12 :**

## **6/ LES ANNEXES**

---

### **Annexe 1**

Prendre en compte les inégalités sociales de santé (ISS) dans les interventions

### **Annexe 2**

Construire un projet : méthode

### **Annexe 3**

Évaluation – les propositions d'indicateurs par type d'action

### **Annexe 4**

Éléments de priorisation territoriale

### **Annexe 5**

Glossaire

### **Annexe 6**

Coordonnées des Délégations Départementales ARS et du siège

## ANNEXE 1 : Prendre en compte les inégalités sociales de santé (ISS) dans les interventions

Réduire les inégalités en santé est un impératif éthique. [Commission des Déterminants sociaux de la Santé, (, 2008, OMS,)

C'est à ce titre qu'une liste de critères est proposée pour valider la prise en compte des préoccupations de lutte contre les inégalités sociales de santé dans les étapes d'une intervention.

### Repérer-mesurer les inégalités sociales de santé pour mieux agir

Existe-t-il des ISS liées à la problématique de santé identifiée au sein du territoire visé?

Quels sont les déterminants qui influencent ces inégalités (genre, niveau socioéconomique, au territoire, origine ethnique, profession, situation de handicap...); Mécanismes à l'œuvre qui créent, maintiennent et/ou augmentent ces inégalités?

De quelles données dispose-t-on pour documenter ces ISS

La population cible identifiée découle t-elle de l'analyse des ISS

### Agir pour réduire les inégalités sociales de santé

L'intervention vise-t-elle les déterminants sociaux de la santé, préciser (facteurs liés au style de vie personnel, réseaux sociaux et communautaires ; facteurs liés aux conditions de vie et de travail, conditions socio- économiques, culturelles et environnementales?)

L'action s'adresse-t-elle à tous tout en portant une attention plus particulière à ceux qui en ont le plus besoin?

Le choix de la stratégie s'appuie-t-il sur des données de la bibliographie et des données probantes, potentiellement les plus efficaces pour atteindre les objectifs?

L'intervention vise t-elle à renforcer la participation du public cible et sa capacité d'agir ? Des actions ayant pour but la prise de conscience, le développement des connaissances et les compétences psychosociales sont-elles prévues?

Quels sont les avantages et désavantages que l'intervention est susceptible d'apporter aux populations cibles? Est-ce que l'action ne risque pas de creuser des écarts entre groupes ou d'aggraver la stigmatisation de certains d'entre eux?

L'intervention est-elle adaptée et accessible à la population cible? Les contraintes de l'environnement ont-elles été prises en compte? Les contraintes économiques pour que le groupe cible puisse participer ont été prises en compte?

L'intervention s'appuie-t-elle sur une démarche intersectorielle?

Les partenaires à mobiliser en fonction des déterminants sociaux identifiés et sur lesquels l'action vise à agir sont-ils impliqués? Existe-il un leadership partagé entre les différents acteurs?

Les possibilités de pérennisation de l'intervention ont -t- elles été prises en compte?

### Évaluer l'intervention visant la réduction des ISS

Les indicateurs pour mesurer les résultats attendus en termes de réduction des ISS ont-ils été définis?

Les données nécessaires pour analyser le changement ont-elles été identifiées? Leur collecte a-t-elle été programmée?

L'évaluation interroge t'elle les éventuels effets secondaires ? (ex : accroissement des inégalités sociales de santé, stigmatisation, etc

La liste de vérification s'est inspirée de 3 outils : grille d'appréciation des actions de réduction des inégalités sociales de santé élaborée par l'INPES, USAID Checklist for Health Equity Programming et The Health Equity Assessment Tool développée par le Ministère de la santé de Nouvelle-Zélande

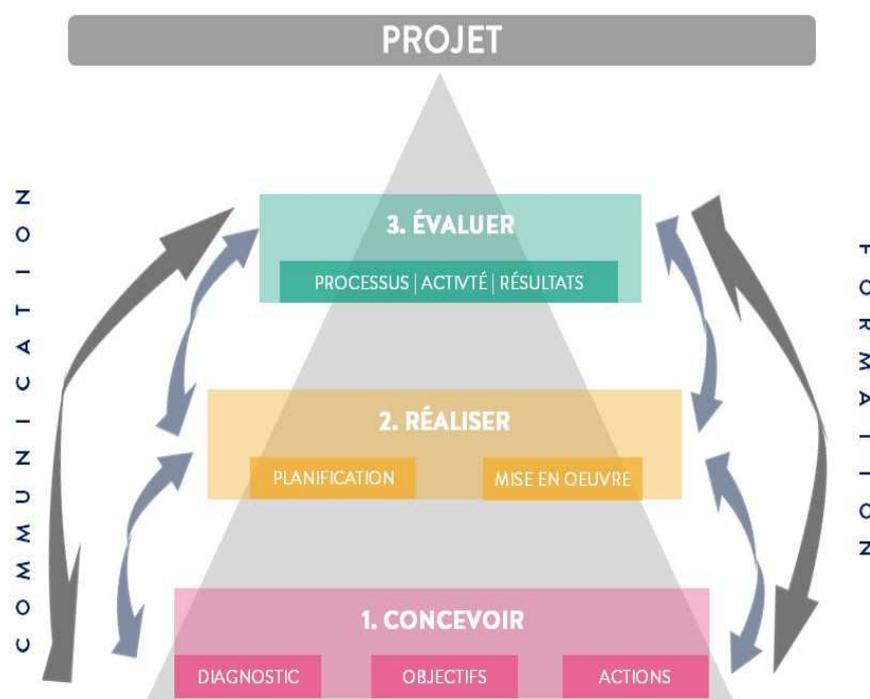
## ANNEXE 2 : Construire un projet : méthode

Les porteurs de projet en éducation pour la santé et promotion de la santé trouveront sur le site Internet de PromoSanté IDF une introduction et six fiches de méthodologie de projet. <https://www.promosante-idf.fr/>

Chaque fiche contient une vidéo, un texte et des schémas ou exemples concrets :

- Introduction à la méthodologie de projet
- Concevoir :
  - Fiche 1 : diagnostic, analyse de la situation
  - Fiche 2 : objectifs
  - Fiche 3 : actions
- Réaliser
  - Fiche 4 : planification
  - Fiche 5 : mise en œuvre
  - Fiche 6 : Evaluer

Les fiches, dans un souci didactique, sont construites en séparant des étapes. Pour autant, les différentes étapes influent l'une sur l'autre tout au long du déroulement du projet. Par exemple, l'évaluation doit débuter dès le début du projet et peut en modifier la mise en œuvre voire exiger une redéfinition des objectifs.



Etapes de la méthodologie de projet – PromoSanté IdF - 2017

## ANNEXE 3 : Evaluation – les propositions d'indicateurs par type d'action

La liste présentée ci-dessous n'exclut pas la possibilité d'ajouter d'autres indicateurs dans le cadre de votre action, à condition de les argumenter.

Pour chaque type d'action, il est obligatoire de prévoir au moins un indicateur, de préférence parmi ceux soulignés, dans chacune des trois classes d'indicateurs processus, activité, résultats.

### Exemples d'indicateurs par type d'action :

Type d'action	Indicateurs de processus	Indicateurs d'activité	Indicateurs de résultats
<b>Formation des acteurs relais (professionnels de santé, bénévoles ou autres intervenants) des usagers</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Moyens humains mobilisés : profil des formateurs, ETP</li> <li>- Développement des connaissances et compétences attendu</li> <li>- Coût de la formation par bénéficiaire</li> <li>- Analyse des leviers et des freins pour mettre en œuvre la formation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de formations réalisées</li> <li>- Nombre de participants formés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionnaire pour les formateurs et les « formés » : utilité, pertinence des moyens pédagogiques utilisés, acquisition de connaissances transférables en pratique.</li> <li>- % de bénéficiaires ayant acquis les compétences prévues</li> <li>- % de bénéficiaires ayant changé leur pratique après la formation (contrôle à 3 et 6 mois)</li> <li>- % de bénéficiaires mettant en œuvre les compétences acquises à l'issue de la formation (contrôle à 3 et 6 mois)</li> </ul>
<b>Coordination – Travail en réseau</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implication des partenaires</li> <li>- Type et qualité de la coordination mise en place</li> <li>- Analyse des processus de décision au sein du réseau</li> <li>- Moyens humains et matériels mobilisés</li> <li>- Analyse des leviers et des freins pour développer la coordination.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de structures contactées (et de professionnels isolés en libéral)</li> <li>- Nombre de structures associées (et de professionnels isolés en libéral)</li> <li>- Nombre de partenariats actifs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % de cas traités grâce à la coordination (si la coordination a cet objectif)</li> <li>- Nombre d'orientations réalisées vers les professionnels du réseau</li> <li>- Nombre et types d'action mises en œuvre grâce au travail de coordination</li> <li>- Amélioration de la synergie entre les différents acteurs (questionnaire d'utilité perçue)</li> </ul>
<b>Information Sensibilisation Communication</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Types d'outils (déjà existants) de communication interne ou externe utilisés</li> <li>- Types d'outils</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de participants</li> <li>- Nombre de séances réalisées</li> <li>- Nombre d'outils distribués</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de satisfaction des participants (contenu, durée, intervenant, etc)</li> <li>- % de bénéficiaires déclarant avoir acquis des connaissances et/ou compétences visées par l'action mise en place</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>développés spécialement pour le projet</li> <li>- Moyens humains et matériels mobilisés</li> <li>- Analyse des leviers et des freins pour développer cette partie du projet</li> </ul>	(flyers, préservatifs...)	- % de bénéficiaires se déclarant mieux informés
<b>Accueil Orientation Ecoute</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modalités d'accueil ou d'écoute</li> <li>- Rapport d'analyse régulier de la consultation d'accueil</li> <li>- Mise en place d'outils de suivi</li> <li>- Moyens humains mobilisés : métier (ou profil) des professionnels, effectifs (en nb et en ETP)</li> <li>- Moyens matériels mobilisés</li> <li>- Analyse des freins et leviers à l'accueil et à l'orientation</li> <li>- Type de professionnels accueillant le public</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de permanences file active des personnes accueillies</li> <li>- Nombre et % de personnes orientées</li> <li>- Nombre moyen de séances et/ou d'entretiens par bénéficiaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ratio demandes abouties / total demandes</li> <li>- Analyse de la file d'attente (s'il y a lieu)</li> <li>- Analyse des orientations difficiles ou impossibles</li> <li>- Mesure de l'évolution de l'état de santé des bénéficiaires</li> <li>- Fréquentation de la permanence d'accueil par la population cible</li> <li>- % de personnes prises en charge par un autre professionnel à l'issue de l'orientation</li> <li>- Avis du réseau de professionnels concernant la pertinence des orientations vers eux</li> </ul>
<b>Prise en charge individuelle ou collective- Accompagnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse des modalités de l'accompagnement</li> <li>- Mise en place d'outils de suivi</li> <li>- Moyens humains et matériels mobilisés</li> <li>- Analyse des points forts et points faibles du projet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- File active des bénéficiaires accueillis et pris en charge</li> <li>- Nombre de bénéficiaires accompagnés</li> <li>- Nombre de séances ou d'entretiens réalisés</li> <li>- Nombre moyen de séances et/ou d'entretiens par bénéficiaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyse des effets (selon les objectifs du projet) de la prise en charge auprès des bénéficiaires</li> <li>- Taux de satisfaction des personnes prises en charge</li> <li>- Ratio des personnes prises en charge/personnes en besoin</li> </ul>
<b>Dépistage Repérage précoce</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Délais entre un dépistage/reperage positif et la prise en charge</li> <li>- Types d'équipements utilisés</li> <li>- Nature des coordinations avec les partenaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'invitations adressées</li> <li>- Nombre de dépistages/repérages réalisés</li> <li>- Nombre moyen d'entretiens par bénéficiaire</li> <li>- Nb de personnes bénéficiaires d'un plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de participation (nombre de dépistages réalisés/population cible)</li> <li>- Nb et % des personnes pour lesquelles une pathologie a été détectée</li> <li>- Nb et taux des personnes orientées suite à un dépistage positif ou à une démarche de repérage</li> <li>- Taux de personnes ayant participé à la démarche de repérage / population cible</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Moyens humains et matériels mobilisés</li> <li>-Analyse des leviers et des freins pour le dépistage et pour l'accès aux soins</li> <li>-outils de repérage utilisés</li> <li>-outils d'orientation</li> </ul>	d'action individualisé	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ratio Dépistage Organisé/ (dépistage organisé + autres dépistages)</li> <li>- Nb de personnes qui répondent à l'enquête explicitant leur choix de ne pas participer au dépistage organisé et motifs énoncés</li> </ul>
<b>Appui méthodologique à la conception</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Moyens humains mobilisés</li> <li>Moyens matériels mobilisés: outils méthodologiques</li> <li>Type de référentiels proposés</li> <li>Analyse des leviers et freins aux appuis méthodologiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre et types de demandes d'accompagnement enregistrées</li> <li>-Nombre et types de projets accompagnés –Nombre et type de promoteurs accompagnés</li> <li>Nombre moyen d'heures consacrées par projet suivi</li> <li>Nombre et contenus de séances d'accompagnement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ratio nombre de projets/promoteurs accompagnés /demandes d'accompagnement enregistrées</li> <li>-Nb de promoteurs qui avaient déjà été accompagnés une autre année et analyse du pourquoi des demandes renouvelées</li> <li>- Taux de satisfaction des bénéficiaires</li> </ul>

## **ANNEXE 4 : Eléments de priorisation territoriale**

### **Liste des communes avec un classement IDH2**

L'indicateur de développement humain (IDH) développé par l'Organisation des Nations Unies en 1990 prend en compte simultanément trois dimensions : la santé, l'éducation et le niveau de vie. Cet indicateur se présente comme un nombre sans unité compris entre 0 (développement humain nul) et 1 (développement humain maximal). Si l'IDH permet d'établir une comparaison entre pays très disparates, il est en revanche peu approprié pour des échelles géographiques plus fines.

L'IDH-2 reprend les trois dimensions de l'IDH (santé, éducation, niveau de vie) mais avec des indicateurs mieux adaptés à la situation française et disponibles à l'échelle communale. La dernière actualisation date du 23 janvier 2018. Elle est disponible sur le site suivant :<https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/indice-de-developpement-humain-idh2-des-communes-dile-de-france>,

### **Liste des communes Signataires d'un CLS, CLSM ; Listes des communes avec ASV**

Pour information, le lien vers la cartographie des ASV du site Fabrique territoires santé <https://www.fabrique-territoires-sante.org/tout-savoir-sur-les-asv/les-territoires>.  
<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Contrats-Locaux-de-Sante-CLS>

### **Carte des territoires de coordination**

<https://www.ars.sante.gouv.fr/sites/ARSIF/infratcu/default.aspx>

## ANNEXE 5 : GLOSSAIRE

<b>ACT</b> : Appartements de Coordination Thérapeutique	d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie.
<b>AME</b> : Aide Médicale d'Etat	<b>MAS</b> : maison d'accueil spécialisée
<b>AP- HP</b> : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris	<b>MCO</b> : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
<b>ARS</b> : Agence Régionale de Santé	<b>MDM</b> : Médecins du Monde (Association)
<b>ASE</b> : Aide Sociale à l'Enfance	<b>MDO</b> : maladies à déclaration obligatoire
<b>ASH</b> : Aide sociale à l'hébergement	<b>MDPH</b> : Maison Départementale des Personnes Handicapées
<b>ASV</b> : Atelier Santé Ville	<b>MG</b> : Médecin Généraliste
<b>CAARUD</b> : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues	<b>MIG</b> : Mission d'Intérêt Général
<b>CCAS</b> : Centre Communal d'Action Sociale	<b>MSP</b> : Maison de Santé Pluridisciplinaire
<b>CCPP</b> : Commission de coordination des politiques publiques	<b>ORS</b> : Observatoire Régional de la Santé
<b>CeGIDD</b> : Centre Gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic	<b>PAERPA</b> : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (programme)
<b>CHRS</b> : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale	<b>PASS</b> : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
<b>CHU</b> : Centre d'Hébergement d'Urgence	<b>PMI</b> : Protection Maternelle et Infantile
<b>CIDDIST</b> : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles	<b>PNRT</b> : Programme national de réduction du tabagisme
<b>CLS</b> : Contrat local de santé	<b>PPS</b> : Prévention -Promotion de la Santé
<b>CLSM</b> : Conseil local de santé mentale	<b>PRAPS</b> : Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis
<b>COPIIL</b> : Comité de pilotage	<b>PRENAP</b> : Projet Régional Expérimental Nutrition et Allaitement maternel chez les femmes précaires
<b>CPA</b> : Centre de Premier Accueil	<b>PRS</b> : Projet Régional de Santé
<b>CPAM</b> : Caisse Primaire d'Assurance Maladie	<b>PTA</b> : Plateforme territoriale d'appui
<b>CPOM</b> : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens	<b>PUMa</b> : Protection Universelle Maladie
<b>CPTS</b> : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé	<b>QPV</b> : quartier politique de la ville
<b>CHRS</b> : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale	<b>RCP</b> : Réunions de Concertation Pluridisciplinaire
<b>CRSA</b> : Conférence régionale de santé et de l'autonomie	<b>RDRD</b> : Réduction des risques et des dommages
<b>CSAPA</b> : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie	<b>REMI</b> : Réduire la Mortalité Infantile et périnatale (Projet pour)
<b>Dd</b> : Délégation Départementale (ARS IdF)	<b>RESAD</b> : Réseau d'Evaluation des Situations d'Adultes en Difficulté
<b>DDCS (PP)</b> : Direction Départementale de la Cohésion Sociale (et de la Protection des Populations)	<b>SAU</b> : Service d'Accueil des Urgences
<b>DIRECCTE</b> : Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi	<b>SIAO</b> : Service intégré de l'accueil et de l'orientation
<b>DMS</b> : Durée moyenne de séjour	<b>SNS</b> : Stratégie Nationale de Santé
<b>DOSMS</b> : Direction de l'offre de soins et médico-sociale	<b>SPIP</b> : Services pénitentiaires d'insertion et de probation.
<b>DPC</b> : Développement Professionnel Continu	<b>SSR</b> : Soins de suite et de réadaptation
<b>DPSRI</b> : Direction de la Promotion de la Santé et de la Réduction des Inégalités (ARS IdF)	<b>TROD</b> :
<b>DRIH</b> : Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement	<b>VIH</b> : Virus de l'immunodéficience humain
<b>DRJSCS</b> : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale	
<b>DS</b> : Direction de la stratégie (ARS IdF)	
<b>EHPAD</b> : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	
<b>ELSA</b> : Equipe Liaison Soins Addictologie	
<b>EMPP</b> : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité	
<b>EMSP</b> : Equipe Mobile de Soins Palliatifs	
<b>ESI</b> : Espace Solidarité Insertion	
<b>ETECAF</b> : Ensemble des Troubles causés par l'alcoolisation Foetale	
<b>FIR</b> : Fond d'Intervention Régional	
<b>GHT</b> : Groupement Hospitalier de Territoire	
<b>HAD</b> : hospitalisation à domicile	
<b>HAS</b> : Haute Autorité de Santé	
<b>INSEE</b> : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques	
<b>IST</b> : Infections Sexuellement Transmissibles	
<b>IVG</b> : Interruption Volontaire de Grossesse	
<b>LAM</b> : Lits d'Accueil Médicalisés	
<b>LAMPES</b> : (mission de) Liaison et d'Appui Médico-Psycho-Educatif et Sociale	
<b>LAPE</b> : lieux d'Accueil Parents Enfants	
<b>LHSS</b> : Lits halte soins santé	
<b>LMSS</b> : Loi de Modernisation de notre Système de Santé	
<b>MAIA</b> : Méthode d'Action pour l'Intégration des services	

:

## ANNEXE 6 Adresses postales des DD et siège ARS

:

**ARS – Délégation Départementale de Paris** – Département PPS – 35 rue de la gare – Millénaire 2 – 75 935  
PARIS cedex 19 – [ARS-DD75-PPS@ars.sante.fr](mailto:ARS-DD75-PPS@ars.sante.fr)

**ARS – Délégation Départementale de Seine et Marne** – Département PPS – 13 avenue Pierre Point – 77 127  
LIEUSAIN – [ARS-DD77-PPS@ars.sante.fr](mailto:ARS-DD77-PPS@ars.sante.fr)

**ARS – Délégation Départementale des Yvelines** – Département PPS – 143 boulevard de la Reine – 78 000  
VERSAILLES – [ARS-DD78-PPS@ars.sante.fr](mailto:ARS-DD78-PPS@ars.sante.fr)

**ARS – Délégation Départementale de l'Essonne** – Département PPS – Immeuble France-Evry Tour Lorraine -  
6/8 rue Prométhée - 91000 EVRY – [ARS-DD91-PPS@ars.sante.fr](mailto:ARS-DD91-PPS@ars.sante.fr)

**ARS – Délégation Départementale des Hauts de Seine** – Département PPS – Le Capitole – 55 avenue  
des Champs Pierreux – 92 021 NANTERRE Cedex – [ARS-DD92-PPS@ars.sante.fr](mailto:ARS-DD92-PPS@ars.sante.fr)

**ARS – Délégation Départementale de Seine Saint Denis** – Département PPS – Immeuble L'européen  
– 5/7 promenade Jean Rostand – 93 005 BOBIGNY cedex – [ARS-DD93-PPS@ars.sante.fr](mailto:ARS-DD93-PPS@ars.sante.fr)

**ARS – Délégation Départementale du Val de Marne** – Département PPS – 25 Chemin des Bassins CS 80030  
- 94010 CRETEIL Cedex – [ARS-DD94-PPS@ars.sante.fr](mailto:ARS-DD94-PPS@ars.sante.fr)

**ARS – Délégation Départementale du Val d'Oise** – Département PPS – 2 avenue de la Palette – 95 011  
CERGY PONTOISE Cedex – [ARS-DD95-PPS@ars.sante.fr](mailto:ARS-DD95-PPS@ars.sante.fr)

**ARS – Sièges** – Direction Promotion de la Santé et Réduction des Inégalités – 35, rue de la gare – Millénaire 2  
– 75935 PARIS Cedex 19 – [ARS-IDF-ACTIONS-PREVENTION@ars.sante.fr](mailto:ARS-IDF-ACTIONS-PREVENTION@ars.sante.fr)

(nom de la Direction et du service)

---

35, rue de la Gare – 75935 Paris Cedex 19

---

Tél. : 01 44 02 00 00 Fax : 01 44 02 01 04

---

[ars.iledefrance.sante.fr](http://ars.iledefrance.sante.fr)

