**PREVENTION ET PROMOTION DE SANTE**

**ALLOCATION DE RESSOURCES**

**CAHIER DES CHARGES**

Pour mettre en œuvre ses priorités en matière de prévention et de promotion de la santé (PPS), l’Agence régionale de santé (ARS) peut mobiliser des crédits du Fonds d’Intervention Régional (FIR).

Elle finance ou co-finance ainsi chaque année :

* Des dispositifs réglementés de prévention (dépistages par exemple …),
* La coordination régionale et des programmes d’éducation thérapeutique du patient (ETP),
* Des postes de coordonnateurs (réseaux territoriaux de promotion de la santé (RTPS) par exemple),
* Tout ou partie de l’activité de certains opérateurs ressources en région,
* Et des actions ou programmes de prévention.

Pour répondre à un processus de qualité, agir en prévention et la promotion de la santé suppose d’agir sur les déterminants de santé et implique que le déploiement d’actions s’inscrive dans la durée, et dans une démarche intersectorielle. A cet effet, l’Agence régionale de santé met en place des modalités de concertation pour repérer des projets, les instruire avant financement et les évaluer. La commission de coordination des politiques publiques est l’instance officielle de concertation : dans un souci d’opérationnalité, un relais territorial est mis en place dans chaque département, le comité technique en promotion de la santé (CTPS).

***Le CTPS, un lieu territorial de concertation en prévention promotion de la santé***

*Un comité technique en promotion de la santé (CTPS) a été mis en place en 2017 dans chaque département. Il est composé de représentants de l’Éducation Nationale, du Département, de la CAF, de l’assurance maladie, de la MSA, de la DDETS, de Promotion Santé Normandie (PSN), de coordonnateurs d’ASV, de CLS et de RTPS et du chargé.e de mission du pôle PPS de l’ARS, qui anime le CTPS. En fonction des sujets, il associe d’autres participants (pôle santé environnement, déléguée départementale aux droits des femmes…).*

*Le CTPS est chargé d’identifier des priorités et des objectifs concernant la prévention et la promotion de la santé et de favoriser la cohérence et l’articulation des politiques locales en matière de santé, dans le cadre des orientations et des plans d’actions régionaux et en lien avec le conseil territorial de santé. Il est accompagné par Promotion Santé Normandie. Des personnes ressources peuvent être associées aux travaux du CTPS selon les thèmes abordés.*

*Ses missions sont les suivantes :*

*- fixer les priorités et les objectifs en PPS du territoire pour les 5 prochaines années à partir des priorités régionales et des priorités retenues par les Conseils Territoriaux de Santé (CTS)*

*- envisager des axes de travail pour répondre à ces priorités dans les politiques locales de la CAF, de l’Éducation Nationale, du Département, de la DDETS et l’assurance maladie*

*- veiller à une répartition des projets PPS dans le territoire en fonction des besoins locaux*

*- repérer des projets intéressants correspondant aux priorités identifiées*

*- donner un avis sur les projets financés par le pôle PPS de l’ARS.*

# I. Modalités d’allocation des crédits

* **Inscrire la promotion de la santé dans la durée : priorité à la contractualisation**

*(90% environ des crédits)*

La promotion de la santé doit s’inscrire dans une démarche qualité et dans un temps long, ce qui est parfois difficilement compatible avec un régime de subventions. C’est pourquoi l’allocation des crédits est assurée prioritairement par le recours à la contractualisation pluriannuelle.

A cet effet, l’ARS signe des contrats d’objectifs pluriannuels, généralement de 3 ans, avec les principaux opérateurs de prévention et promotion de la santé. Elle repère les actions durables qui répondent aux critères qualité d’intervention en PPS (ou prometteuses cf. 11 critères qualité d’intervention en PPS dans l’espace documentaire de la plateforme).

Elle finance également contractuellement des actions retenues dans le cadre des contrats locaux de santé (CLS) signés, en concertation avec la collectivité signataire du CLS.

Tous les dispositifs réglementaires de santé publique (dépistage organisé des cancers, centres gratuits d’information, de dépistage et de diagnostic CeGIDD, centres de lutte antituberculeuse CLAT, centres de vaccination), les dispositifs ressources régionaux (Promotion santé Normandie, GRAFISM, PlaNETH PATIENT …) et le financement des postes de coordination (réseaux territoriaux de promotion de la santé, ateliers santé ville…) font également l’objet d’une contractualisation pluriannuelle.

Les programmes d’éducation thérapeutique du patient bénéficient d’un financement lié à l’activité et font l’objet d’un conventionnement spécifique.

La contractualisation sécurise les acteurs mais s’accompagne d’exigences qualitatives plus fortes : la structuration du projet et l’auto-évaluation sont plus poussées que pour un projet annuel (cf. grille d’autoévaluation).

* **Mais en gardant de la souplesse pour accompagner les dynamiques des acteurs de terrain**

En complément, dans la limite des crédits disponibles, l’ARS a également la possibilité de financer (ou co-financer) annuellement des actions qu’elle identifie :

* Prioritairement les actions financées en N-1 dont l’auto-évaluation montre un impact positif (et qui ont pour la plupart vocation à évoluer vers une contractualisation pluriannuelle).
* Mais aussi :
	+ Les actions territoriales, recensées par les coordonnateurs de réseaux de promotion de la santé, les ateliers santé ville, les conseillers méthodologiques de territoire ou les membres du CTPS, notamment les infirmières conseillères techniques départementales dans le cadre des CESCI pour les projets identifiés dans le milieu scolaire, et validées dans le cadre du comité technique de promotion de la santé de chaque département (2 périodes d’arbitrage dans l’année pour étudier ces demandes, en juin et en octobre),
	+ Pour les personnes détenues, les actions recensées et validées par les COPIL promotion de la santé des établissements pénitentiaires,
	+ Les actions recensées dans le cadre de leur mission par les chargés de mission thématiques du pôle prévention promotion de la santé ou du pôle santé environnement de l’ARS.

L’ARS peut également lancer un ou des appel(s) à projets complémentaire(s) spécifique(s) pour répondre à un besoin prioritaire non couvert.

Dans le champ des pratiques addictives, l’ARS continue à relayer et à assurer le support de l’instruction de l’appel à projet « MILDECA » publié chaque année par les préfectures sous l’égide du chef de projet régional « MILDECA » : le directeur de cabinet du préfet de la région Normandie, préfet de la Seine-Maritime.

* **Un enjeu de progression de la qualité des actions :**

**Accompagnement**

Pour assurer un appui des acteurs locaux dans la mise en œuvre de leurs actions de promotion de la santé, trois niveaux d’accompagnement et de conseil méthodologique ont été mis en place : les réseaux territoriaux de promotion de la santé, les ateliers santé ville et les conseillers méthodologiques territoriaux.

**Évaluation**

Des grilles d’auto-évaluation font partie intégrante du dossier de demande de subvention et des évaluations plus poussées sont conduites chaque année sur une partie des actions.

# II. Procédures et critères d'éligibilité des projets

#### Dossiers contractualisés

Les projets faisant l’objet d’une contractualisation pluriannuelle font l’objet d’au moins une réunion de travail par an avec le référent ARS du territoire et/ou de la thématique concerné(s). Cette rencontre annuelle a pour objet :

* Un dialogue de gestion,
* L’examen conjoint du bilan annuel de réalisation des orientations stratégiques prévues au contrat à l'année N-1,
* L’évaluation des résultats sur la base des indicateurs prévus au contrat,
* L’analyse des perspectives pour l'année N et les années à venir entrainant si besoin l'actualisation des objectifs prioritaires et du programme d'actions,
* La définition des éventuels avenants.

Le soutien des actions s’inscrivant dans une dynamique territoriale fait l’objet d’une concertation avec les membres du CTPS (comité technique de promotion de la santé) et/ou avec les autres principaux co-financeurs qui peuvent participer à tout ou partie du rendez-vous de contractualisation.

#### Les autres actions

**Exigibilité des projets**

**L’auto-évaluation de l’action N** (2ème partie du dossier de demande de subvention N) doit permettre aux instructeurs d’apprécier le déroulement de l’action et de mesurer ses effets. Elle doit être renseignée même si l’action est en cours (évaluation intermédiaire).

Les auto-évaluations sont à déposer sur la plateforme pour la fin de l’année N. Elles seront consultables par les membres des CTPS et les autres co-financeurs associés à l’instruction qui pourront communiquer leur avis par mail auprès du chargé de mission PPS de l’ARS concerné. Elles feront l’objet d’une instruction par les chargés de missions du pôle PPS qui informeront les promoteurs des suites :

* Dépôt d’un dossier complet de demande de subvention,
* Soutien méthodologique par les coordonnateurs des réseaux territoriaux de promotion de la santé, les ateliers santé ville ou les conseillers méthodologiques de territoire de Promotion Santé Normandie
* Refus de financement en raison des résultats de l’auto-évaluation.

Les résultats seront communiqués  :

* Par voie électronique pour les avis favorables avant fin février N+1,
* Par courrier postal pour les avis défavorables courant mars N+1.

**Les porteurs d’éventuels nouveaux projets** pré-identifiés par les chargés de mission thématiques ou de territoire de l’ARS (via les coordonnateurs de réseaux de promotion de la santé, les ateliers santé ville ou les conseillers méthodologiques de territoire, les COPIL promotion de la santé des établissements pénitentiaires, les CESCI…) sont informés au fil de l’eau de la possibilité de déposer un dossier complet de demande de subvention.

**Phase de sélection des projets**

Les promoteurs doivent remplir un dossier complet de demande de subvention téléchargeable sur la plateforme.

Les dossiers sont à déposer avant fin mai (1ère période) ou fin septembre (2nde période).

Les dossiers feront l’objet d’une instruction commune dans le cadre des comités techniques de promotion de la santé par département qui sont composés de représentants de l’Éducation Nationale, des Départements, de la DDETS (Direction Départementale de l’Emploi, du Travail et des Solidarités), de l’assurance maladie, de la MSA, de la CAF, de la délégation départementale aux droits des femmes et à l’égalité et des coordonnateurs en promotion de la santé.

Les actions promouvant l’activité physique adaptée, seront examinées conjointement avec la DRAJES (Délégation Régionale Académique à la Jeunesse, à l’Engagement et aux Sports).

Les actions en faveur de la santé des personnes âgées pourront faire l’objet d’une concertation spécifique dans le cadre des instances de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d’autonomie de chaque département.

Les projets relatifs à la prévention des pratiques addictives font l’objet d’une instruction coordonnée entre l’ARS et les préfectures dans le cadre de l’appel à projet MILDECA : tous les projets présentés à l’ARS seront donc également instruits dans le cadre de l’appel à projet MILDECA régional annuel, selon les conditions définies par le chef de projet régional MILDECA : le directeur de cabinet du préfet de la région Normandie, préfet de la Seine-Maritime.

Les actions en faveur de la santé des personnes placées sous-main de justice seront examinées conjointement avec l’administration pénitentiaire (DISP et DFSPIP) et la PJJ pour les mineurs.

**La décision finale appartient au Directeur général de l’ARS.**

**Les promoteurs reçoivent une notification de refus ou d’accord de financement de leur projet.**

#### Critères d’évaluation du projet

1. **Les projets devront répondre à l’ensemble des critères suivants :**

- **Répondre aux priorités et aux objectifs du projet régional de santé**

- **S’inscrire dans une démarche de promotion de la santé :** l’action sur les principaux déterminants de santé et les démarches globales seront privilégiées. Les projets thématiques devront s’assurer de l’adhésion, voire de la participation effective de la population. Les démarches participatives et les actions communautaires visant à donner aux individus la capacité à faire les meilleurs choix pour améliorer leur santé de façon autonome, en prenant notamment en compte leur environnement seront soutenues. Les actions devront s’inscrire dans la durée.

- **S'inscrire dans les territoires prioritaires.** Pour la mise en œuvre de l’ensemble des objectifs, le périmètre du cahier des charges est l’ensemble du territoire régional et tous les projets feront l’objet d’un examen attentif. Certains territoires sont cependant identifiés comme prioritaires en raison de leurs indicateurs de fragilité importants (indicateurs socio-économiques et sanitaires défavorables) et seront prioritaires pour le financement de projets de prévention – promotion de la santé. Une partie de ces territoires prioritaires fait l’objet d’un contrat local de santé. (Cf. annexe 1)

**- S’inscrire dans le projet de santé et/ou programme local du territoire concerné** quand il existe, quelle qu’en soit la forme (atelier santé ville, contrat local de santé…). Pour les sujets santé en lien avec l’environnement : **s’inscrire dans les objectifs et les actions du PRSE**. Les promoteurs doivent s’assurer que le besoin n’est pas déjà couvert par ailleurs ou que les actions sont complémentaires entre elles ;

**- S’inscrire dans un objectif transversal de réduction des inégalités sociales et/ou territoriales de santé :**

* + En veillant à prendre en compte les différents publics dans leur environnement, en graduant et en adaptant les interventions en fonction des besoins des différents publics et en les associant au projet, notamment pour les personnes en situation de précarité.
	+ En priorisant les actions sur les territoires défavorisés ciblés dans le projet régional de santé de l’ARS, sur les sites « politique de la ville » mais aussi sur les territoires ruraux isolés.

- **S’inscrire dans un travail en partenariat :** les promoteurs devront tout particulièrement faire appel aux partenariats locaux afin de renforcer le travail en réseau et de faciliter la mise en œuvre d’accompagnement si besoin. Les promoteurs pourront faire appel à un partenaire régional en complément.

**- Privilégier des modes d’action validés :** les promoteurs devront s’appuyer sur des référentiels et/ou des outils validés (de type INPES/ Santé Publique France) ainsi que sur des actions déjà expérimentées par ailleurs, ayant démontré leur efficacité et leur transférabilité par une évaluation.

Les coordonnateurs de réseaux territoriaux de promotion de la santé et/ou d’ateliers santé ville ainsi que Promotion Santé Normandie sont des interlocuteurs privilégiés en matière de ressources disponibles et de méthodologie de projets de prévention et de promotion de la santé.

Une liste de partenaires et de ressources (référentiels, documents ou sites ressources) est à consulter dans l’espace documentaire, téléchargeable sur la plateforme.

|  |
| --- |
| **Modalités d’intervention** :En ce qui concerne le support **théâtre forum**, comme l’indique le référentiel ([téléchargeable sur la plateforme](https://s1.or2s.fr/echange_fichiers/Logon)), un cadre d’intervention a été défini pour les promoteurs utilisant ce support d’intervention. À travers ce référentiel, l’ARS Normandie vise une harmonisation des pratiques et s’appuiera sur cette base qualitative afin d’examiner la possibilité d’un financement des actions impliquant ce mode d’intervention.  |

**- Les actions seront conduites grâce à la mobilisation d’acteurs disposant des compétences reconnues et/ou de professionnels ayant les qualifications requises.** Les promoteurs devront s’assurer de l’enregistrement des diplômes des professionnels de santé, du social et d’usagers de titres professionnels du champ sanitaire au répertoire ADELI (*système d’information national sur les professionnels relevant du code de la santé publique, du code de l’action sociale et des familles et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue, d’ostéopathe, de psychothérapeute ou de chiropracteur).*

**- Prévoir une évaluation : l’évaluation de l’action doit être envisagée dès la conception du projet**. Elle devra s’appuyer sur des outils d’évaluation en promotion de la santé. Elle devra porter à la fois sur le processus et sur les résultats, notamment d’impact, y compris les résultats intermédiaires (indicateurs qualitatifs et quantitatifs). Elle doit permettre de déterminer la pertinence à poursuivre l’action, voire à l’étendre. Les indicateurs seront décrits de façon précise dans le dossier.

Les coordonnateurs des réseaux territoriaux de promotion de la santé et des ateliers santé ville (ASV), Promotion santé Normandie, peuvent vous apporter une aide méthodologique dans la réalisation de votre évaluation.

- **Les cofinancements** (ou la valorisation de mises à disposition de personnels ou de locaux)auprès d’autres partenaires (collectivités territoriales, organismes, institutions, …) seront précisés dans le budget prévisionnel de l’action.

- **Les frais de structure ne doivent pas excéder 12 % du budget de l'action.**

**- Les conditions de recours à des prestataires extérieurs** :

* Si le prestataire n’assure pas le pilotage du projet ;
* Si le prestataire dispose de compétences en PPS ou apporte des compétences spécifiques en complément des acteurs en prévention ;
* Un prestataire ne peut intervenir de manière isolée.
1. **Critères d'exclusion :**
* L’organisation d’une journée événementielle ou une action de communication ponctuelle ;
* Les frais de formation des personnels institutionnels : établissements de santé, collectivités territoriales (à l’exception des frais de formation des bénévoles associatifs dans la mesure où les organismes assurant ces dernières ne disposent pas d’un financement) ;
* Les projets à caractère strictement curatif, les thérapies individuelles (psychothérapies, etc.) et le réentrainement à l’effort d’une pathologie dans un établissement de soins ;
* Les actions à visée exclusivement sociale ;
* Les projets “supervision d’équipes institutionnelles” ;
* Les achats de tests de sérologie, les achats de vaccins et traitements de substitution ;
* Le financement de projets relevant de dispositifs et financements spécifiques (services d’aide à domicile, auxiliaires de vie, appartements thérapeutiques…).
1. **Critères spécifiques pour les dossiers déposés par les établissements scolaires :**

**Dans le cadre de dotations financières octroyées aux établissements scolaires, ces dernières seront conditionnées à la mise en place d’un Comité d’Éducation à la Santé et la Citoyenneté Inter degrés/Inter établissement (CESCI ID-IE). Cette dotation pourra notamment permettre l’installation de cette dynamique de CESCI ; exemple par la formation de la communauté éducative afin de faire culture commune autour du CESCI et des enjeux fléchés par exemple...**

* Les projets en milieu scolaire doivent s’inscrire dans les projets associant les différents niveaux scolaires concernés (maternelles, primaires, collèges et lycées) au sein des bassins d’éducation et de formation (BEF) et des comités d’éducation à la santé et à la citoyenneté inter-degré (CESCI).
* Un programme d’actions en promotion de la santé nécessite de travailler sur l’ensemble des déterminants de santé que sont l’environnement scolaire physique (aménagement des locaux : restaurant scolaire, salle d’étude…), l’environnement communautaire (lien école-quartier), l’environnement scolaire social et pédagogique (consultation des devoirs en ligne, règlement scolaire, organisation des conseils de classe, climat scolaire, …), l’environnement familial (éducation parentale, conditions familiales) et les aptitudes individuelles (compétences psychosociales).
* Il est recommandé que chaque établissement s’interroge sur ces déterminants afin que le programme d’actions propose un ensemble d’actions diversifiées pour répondre au bien être des élèves.

À titre d’exemple : pour répondre au stress et au mal-être des élèves, il ne s’agit pas de mettre en place des séances de sophrologie ou de relaxation mais plutôt d’agir sur les déterminants qui sont à l’origine du stress et du mal-être.

* Les actions devront s’appuyer sur le référentiel édité par l’INPES (Institut national de prévention et d’éducation pour la Santé) : « Comportements à risques et santé : agir en milieu scolaire » et sur la circulaire Éducation nationale 2006-197 du 30/11/2006.
* Pour toute intervention en milieu scolaire, les promoteurs devront justifier d’un agrément de l’Éducation nationale.

***Pour information, la grille d’évaluation des projets porte en priorité sur les critères suivants :***

* *Adéquation du projet au cahier des charges*
* *Présentation d’un bilan pour les actions renouvelées*
* *Qualité méthodologique du projet (analyse de la situation, clarté de la problématique et des objectifs, stratégies d’intervention, évaluation envisagée)*
* *Inscription dans le territoire (capacité à présenter un projet complémentaire aux actions déjà existantes et non redondant).*
* *Faisabilité*
* *Mobilisation des partenariats*
* *Qualité des intervenants (compétence des intervenants dans le champ concerné, qualité de l’ensemble des équipes, complémentarité, disciplines sollicitées, adéquation aux objectifs)*
* *Budget en adéquation avec la demande*

**LES PRIORITES DE L’APPEL A PROJETS 2017**

Il est souhaité que l’ensemble des actions s’inscrivent dans une démarche globale de parcours de santé des personnes, même lorsqu’elles ciblent une thématique spécifique.

**PRIORITE N° 1 : AGIR PRECOCEMENT POUR GRANDIR EN BONNE SANTE**

**III – Priorités de financement pour les actions de prévention et de promotion de la santé**

* + - * L’ensemble des actions doivent s’inscrire dans une démarche globale de parcours de santé des personnes, même lorsqu’elles ciblent une thématique spécifique.
			* Les projets répondant aux priorités retenues par les comités techniques de promotion de la santé (CTPS) feront l’objet d’un examen attentif.

**PRIORITE N° 1 : AGIR PRECOCEMENT POUR GRANDIR EN BONNE SANTE**

Les actions mise en place auprès du public jeunes doivent être adaptées en fonction de l’âge et de sa situation. Elles devront donc s’appuyer sur le développement des compétences psycho-sociales quelle que soit la thématique abordée (en lien avec les référentiels d’intervention de PSN : addiction, santé sexuelle et nutrition et le référentiel sur le théâtre forum).

Ces actions devront prendre en compte le milieu de vie des enfants et des jeunes : entourage familial, milieu scolaire et de loisirs, lieux de prise en charge…

* Soutenir les actions éducatives auprès et avec les familles en matière de prévention pour faciliter le changement de comportement :
	+ Participer au développement d’actions santé dans le champ de la parentalité en faveur des publics les plus en difficulté afin de soutenir le lien parents/enfants et accompagner les parents dans leurs compétences parentales, en lien avec les actions soutenues par les Caisses d’Allocations Familiales (CAF),
	+ Promouvoir le libre choix des femmes sur les modes d’allaitement, améliorer l’information sur les bénéfices de l’allaitement maternel pour l’enfant et sa mère, en mobilisant et formant les bénévoles et en veillant à prendre en compte les inégalités sociales de santé.
* Développer prioritairement des programmes d’actions associant éducation alimentaire et pratique d’une activité physique :
	+ Informer sur les risques d’une alimentation déséquilibrée (quantité et qualité) tout en maintenant une alimentation « plaisir »,
	+ Aider à lutter contre la sédentarité et promouvoir l’activité physique,
	+ Informer pour dépister et prendre en charge au plus tôt le surpoids.
* Promouvoir une vie affective et sexuelle favorisant le respect mutuel et l’estime de soi, facilitant l’accès à une contraception choisie et adaptée et intégrant une meilleure connaissance des facteurs de protection des infections sexuellement transmissibles (IST), des hépatites virales et du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH).

En milieu scolaire, l’éducation à la sexualité sera déployée au sein du parcours éducatif de santé à tous les niveaux scolaires, de la maternelle au lycée.

* Concernant la thématique des écrans : les actions financées nécessiteront un diagnostic précis des conséquences sur la santé liée à l’utilisation et viseront « l’usage raisonné des écrans » :
	+ Identifier la problématique de santé exacte que soulève le support écran : sommeil ? sédentarité ? mauvaise estime de soi ?...
	+ Favoriser l’usage raisonné des écrans dès le plus jeune âge en suivant la règle des « 3-6-9-12 ans »,
	+ Approcher la thématique par le renforcement des compétences de l’entourage (développement des compétences parentales, formation des personnels encadrant et des équipes éducatives) et les compétences psychosociales des enfants et des jeunes,
	+ Ne pas faire intervenir les acteurs spécialisés en addictologie pour des actions généralistes de promotion du bon usage des écrans ; réserver leur appui pour les actions qui engagent un programme global de prévention de l’ensemble des pratiques addictives.
* Concernant les addictions : voir le chapitre : PRIORITE N°3 : PREVENIR LES ADDICTIONS
* Concernant la santé environnementale : PRIORITE N°2 : PROMOUVOIR DES MODES DE VIE ET UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE À LA SANTE

**PRIORITE N°2 : PROMOUVOIR DES MODES DE VIE ET UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE À LA SANTE**

Les actions proposées devront s’appuyer sur le développement des compétences psycho-sociales.

Il est recommandé de s’appuyer sur les orientations et outils du :

* Plan National Nutrition Santé 2019-2023 <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf>
* Plan Régional Santé environnement (PRSE) de Normandie <https://www.normandie.ars.sante.fr/plan-regional-sante-environnement-prse-0>

**Promotion d’une alimentation équilibrée et de l’activité physique**

* Faciliter l’accès à l’activité physique en direction des personnes qui en sont le plus éloignées, notamment celles en situation de précarité, de handicap, ainsi que dans certaines zones rurales. Les projets devront s’appuyer sur un diagnostic détaillé du territoire, sur un travail en collaboration avec l’ensemble des acteurs et devront prévoir en particulier les modalités de passerelles avec l’offre classique d’activité physique. Si elles ne sont pas intégrées dans un projet global, les séances d’activités physiques et sportives faisant suite à une prescription par le médecin traitant à l’égard d’un patient porteur d’une Affection de Longue Durée (ALD) quel que soit le type d’encadrant ne sont pas financées par les crédits prévention du FIR.
* Favoriser une alimentation équilibrée des personnes en situation de précarité, en sensibilisant aux bonnes pratiques en matière de nutrition.

Les « ateliers-cuisine » en direction des publics en situation de précarité devront prendre en compte les préconisations du document cadre régional ARS-DRAAF élaboré par Promotion Santé Normandie (ex IREPS). Dans le cadre des crédits de prévention, l’intervention d’une diététicienne pour l’animation d’un atelier cuisine n’est pas prise en charge.

* Développer des actions en faveur des personnes âgées proposant des activités physiques adaptées à l’âge et des actions pour la promotion d’une alimentation équilibrée et la lutte contre la dénutrition tout en incluant la santé bucco-dentaire. Ces actions sont menées en cohérence avec les priorités définies par chaque conférence départementale des financeurs.

**Promotion d’un environnement favorable à la santé**

* Mettre en œuvre les priorités du PRSE3 au niveau local.

Développer les projets locaux à partir d’identification de besoins au plus près des citoyens intégrant une approche intersectorielle et transversale santé, développement durable : par exemple, démarche d’urbanisme favorable à la santé, d’évaluation d’impact en santé…

* Valoriser les initiatives locales en santé environnement et les bonnes pratiques pour initier, développer des actions locales : élaboration de retour d’expérience, temps d’échanges de pratiques…auprès des élus et décideurs locaux.
* Renforcer les compétences et connaissances en santé environnementale des professionnels de santé et acteurs relais qui interviennent auprès des publics cibles et les plus sensibles aux facteurs environnementaux (jeunes enfants, futurs et jeunes parents, femmes enceintes, personnes présentant des pathologies chroniques respiratoires notamment…) ou plus vulnérables (populations plus défavorisées) en particulier par le renforcement des compétences psycho-sociales : actions de sensibilisation, formation des professionnels sur les sujets à forts enjeux pour les publics visés : habitat, environnement intérieur (qualité de l’air, radon, expositions aux produits chimiques perturbateurs endocriniens, bruit…)
* Développer la culture en santé environnement en favorisant un accès et une information adaptée aux publics plus sensibles aux facteurs environnementaux (jeunes enfants, femmes enceintes…) ou plus vulnérables.
* Accompagner les publics vers des comportements favorables à la santé et à la protection de l’environnement en s’appuyant sur les ressources locales et les référents régionaux.
* Développer des projets relatifs à l’habitat, la qualité de l’air intérieur visant une évolution vers des comportements favorables à la santé en faveur des publics les plus sensibles (femmes enceintes et publics défavorisés, jeunes, personnes présentant des pathologies respiratoires). Ces projets s’attacheront à intégrer une approche globale de la santé.

**PRIORITE N°3 : PREVENIR LES ADDICTIONS**

Les projets adressés à l’ARS Normandie font l’objet d’une instruction concertée permettant la mobilisation :

* Des crédits du Fonds d’intervention régional de l’ARS destinés à la prévention et à la promotion de la santé ;
* Des crédits du Fonds de lutte contre les addictions attribués à l’ARS Normandie ;
* Des crédits non reconductibles attribués aux établissements médico-sociaux d’addictologie (CSAPA et CAARUD) pour la mise en œuvre d’actions de prévention et de promotion de la santé ;
* Des crédits délivrés par la Préfecture de région au titre de la MILDECA (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives), notamment dans le cadre d’un appel à projet annuel commun ARS/MILDECA.

Les « pratiques addictives » ne se limitent pas aux situations de dépendance (la moitié des morts liées à l’alcool touchent aujourd’hui des personnes non dépendantes) mais recouvrent tous les usages exposant à un risque.

* Les addictions dites comportementales (jeux, achat compulsif…) font partie des pratiques addictives mais ne sont pas inclues dans les priorités du présent cahier des charges.
* Le bon usage des écrans est considéré par l’ARS comme une problématique à part entière de santé publique (et peut donc faire l’objet d’une demande de financement) mais n’est pas reconnu comme une addiction.

Conformément aux orientations stratégiques de l’ARS et en cohérence avec celles de la MILDECA, les crédits de l’ARS ont pour objectifs de :

* Prévenir les conduites addictives, en évitant ou en retardant l’entrée en consommation,
* Contribuer, via la prévention et la prise en charge des pratiques addictives, à renforcer la sécurité, la tranquillité publique et l’application de la loi,
* Réduire les risques et accompagner les populations les plus vulnérables,
* Renforcer les actions de formations des adultes encadrants et professionnels au contact du public.

Les priorités concernent :

* Les interventions auprès des jeunes abordant de manière globale les pratiques addictives et s’inscrivant dans un partenariat local de long terme,
* Les actions à destination des personnes et familles en situation de précarité économique et sociale notamment des quartiers de la politique de la ville et des zones de revitalisation rurales défavorisées,
* Les actions de prévention et de réduction des risques en milieu festif,
* Les actions de prévention du tabagisme et d’accompagnement à l’arrêt du tabac.

**Critères de sélection spécifiques**

Les crédits FIR (comme ceux de la MILDECA) ne peuvent financer que des actions de prévention.

Les actions devront démontrer :

* Leur inscription dans une démarche globale (existence d’un travail en amont et en aval de l’action financée) visant l’ensemble des pratiques addictives et permettant de développer sur le long terme les partenariats locaux,
* Leur appui sur un diagnostic justifiant la nécessité de l’action proposée et de ses objectifs,
* L’emploi d’une méthodologie évaluée, adaptée au public et au milieu d’intervention ciblés : appui sur les référentiels d’intervention validés, utilisation de données scientifiques fiables, discours non stigmatisant et non basé sur la peur, travail sur le changement des comportements.

**PRIORITE N°4 : PROMOUVOIR LA SANTE MENTALE**

* Favoriser des actions utilisant le développement des compétences psycho-sociales (CPS) à tout âge
* Mener des actions favorisant la déstigmatisation de la santé mentale et la souffrance psychique
* Soutenir les associations œuvrant dans le cadre de la santé mentale notamment les associations d’écoute, les associations d’aide aux familles et aux malades œuvrant dans le cadre de la santé mentale
* Mener des actions de lutte contre l’isolement des personnes âgées, favoriser le dépistage de la dépression et la prévention du suicide pour ces publics. Ces actions sont menées en cohérence avec les priorités définies par chaque conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d’autonomie.
* Soutenir les structures porteuses de groupe de paroles pour les femmes victimes de violence

**PRIORITE N°5 : AMELIORER LE REPERAGE ET LE DEPISTAGE DES CANCERS**

* Participer à la promotion du dépistage des cancers auprès des publics en situation de précarité, des personnes en situation de handicap et des personnes âgées.

Les actions devront être articulées en lien avec l’action menée par les structures de dépistage organisé des cancers.

**PRIORITE 6 : AGIR POUR LA SANTE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP**

* Renforcer et valoriser les démarches de prévention et promotion de la santé au sein des établissements et services médico-sociaux en favorisant l’acculturation réciproque (entre secteur du handicap et secteur de la promotion de la santé)
* Favoriser les actions globales de promotion de la santé, incluant notamment :
	+ La sensibilisation aux bonnes pratiques en matière de nutrition et pratique de l’activité physique,
	+ Le développement de l’estime de soi, la prévention de la dépression et des tentatives de suicide,
	+ La prévention, le repérage et la réduction des conduites addictives,
	+ La promotion d’une vie affective et sexuelle favorisant le respect mutuel, l’estime de soi, l’accès à une contraception choisie et adaptée,
	+ l’accès à la vaccination et aux dépistages du cancer.

**PRIORITE N°7 : DEVELOPPER LA PREVENTION EN FAVEUR DES PERSONNES PLACEES SOUS MAIN DE JUSTICE**

La prévention et la promotion de la santé sont inscrites règlementairement dans les missions des unités sanitaires. Elles sont basées sur une approche pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle. Tous les personnels impliqués dans le quotidien des personnes incarcérées ont leur place dans les projets.

**Objectifs**

Améliorer l'accès à la prévention et à la promotion de la santé par la mise en œuvre, dans les établissements pénitentiaires, d'actions collectives d'éducation pour la santé dans le cadre d'un programme annuel validé par le comité de pilotage prévention et éducation pour la santé de l'établissement. Ce programme est établi dans une approche globale et positive de la santé.

* Promouvoir des actions globales de promotion de la santé, actions sur les déterminants de santé
* Agir de façon coordonnée en faveur de la santé mentale, l’estime de soi, la prévention du suicide
* Prévenir, repérer et réduire les conduites addictives

**Critères de sélection spécifiques**

La pertinence de la prévention et la promotion de la santé en milieu pénitentiaire est conditionnée par l’étude préalable des besoins du public accueilli (diagnostic de situation) et la mise en œuvre d’actions adaptées aux priorités repérées. Elle nécessite donc de s’organiser autour d’un programme spécifique (annuel voire pluriannuel) par établissement.

Le projet fait l’objet d’un **avis motivé du comité de pilotage prévention et éducation pour la santé** de l'établissement.

**Méthodes d’intervention préconisées :**

* Intégrer la promotion de la santé et la prévention comme **une dimension prioritaire** au sein de chacun des établissements
* Mettre en place une **organisation support** mobilisant une équipe ressource ;
* Promouvoir une **dimension partenariale pluridisciplinaire, pluri professionnelle, plurisectorielle, interne et externe**
* **Coordonner des actions** transversales
* Les projets répondant aux priorités retenues par le comité de pilotage de promotion de la santé feront l’objet d’un examen attentif.
* Développer l’éducation pour la santé en mettant l’accent sur le **renforcement des compétences psychosociales ;**
* L’ensemble des actions doivent s’inscrire dans une démarche globale de parcours de santé des personnes, (en agissant sur plusieurs déterminants de santé, en tenant compte des phase d’incarcération : entrée, durée, et préparation à la sortie) même lorsqu’elles ciblent une thématique spécifique.
* Dans une **approche globale** tenant compte de :
	+ - Respect des droits des détenus et équité d’accès à la « santé »
		- Prise en compte des besoins spécifiques de santé,
		- Priorisation des actions, inscription dans la durée
		- Environnement et conditions de vie (déterminants de santé, contexte de la prison)
		- Implication de l’ensemble des intervenants
		- Un nécessaire approche participative des personnes détenues (démarche communautaire, éducation par les pairs, participation à l’élaboration de programmes et aux instances liées à la santé)
			* Attention particulière aux représentations de la santé qu'ont les personnes détenues, favorisant les échanges entre eux, articulant apports théoriques et pratiques, privilégiant les techniques basées sur l'expression, la créativité, l'interactivité
			* Attitudes non moralisatrices, non culpabilisantes, non stigmatisantes.
		- L’utilisation des référentiels d’intervention, des données probantes et prometteuses

Une attention particulière sera apportée aux mineurs et à la préparation à la sortie.

**Annexe 1 : Les territoires prioritaires**

Les territoires prioritaires ont été identifiés à partir des indicateurs de mortalités prématurées[[1]](#footnote-1) et de l’indice de défavorisation[[2]](#footnote-2).

|  |  |
| --- | --- |
| EPCI concernés (en bleu sur la carte) |  |
| CC côte ouest centre manche  | CC des villes neuves |
| CC de la baie du Cotentin | CC falaise du Talou |
| CC pays d’Honfleur Beuzeville  | CC du terroir de Caux |
| Blangy Pont Levêque Interco | CC des trois rivières |
| CC cœur côte fleurie | Agglo dieppoise |
| CA Lisieux Normandie | Fécamp Caux littoral agglo  |
| Argentan Interco  | CC côte d'albâtre |
| CC du val d'Orne | CC interco Aumale et Blangy  |
| CC des vallées d’Auge | CC des 4 rivières |
| Normandie sud Eure  | CC du Vexin Normand |
| CC des pays de l'Aigle | CU d'Alençon  |
| CC Evreux porte de Normandie | CC des sources de l'Orne |
| CA Seine-Eure  | CC Eure Madrie Seine |
| Métropole de Rouen (Darnétal, Oissel, Petit Quevilly, Maromme, Elbeuf, Saint Etienne du Rouvray, Rouen) |



1. Le taux de mortalité prématurée est le nombre de décès, au cours de l'année, d'individus âgés de moins de 65 ans, rapporté à la population totale des moins de 65 ans, de la même année. Cet indicateur est standardisé. [↑](#footnote-ref-1)
2. Disponible au niveau de l’IRIS, cet indicateur (européen) est construit à partir d’une enquête annuelle spécifiquement dédiée à l’étude de la défavorisation (The EU-SILC). Elle permet de définir pour chaque pays des caractéristiques de défavorisation, qui sont ensuite mesurées à partir des indicateurs issus du recensement. Pour la France, l’EDI est constitué des indicateurs pondérés suivants : logements surpeuplés, chauffage, pop nationalité étrangère, voiture, ouvriers non qualifiés/agricole, familles monoparentale, ménages de ≥6, niveau d’éducation, chômage, non propriétaire). L’EDI est issu de travaux développés en France par l’équipe de l’INSERM de Caen. [↑](#footnote-ref-2)