

# SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION 2012-2016

## Plan d'action « Population Générale »

M. Hervé Meur et  
Mme Nicole Miroglio  
Pilotes régionaux  
du plan d'action

Direction Santé Publique et Environnementale

5 Décembre 2011



## CONTEXTE GENERAL

Ce plan d'action s'inscrit dans le cadre du Schéma Régional de Prévention (SRP), volet Prévention et Promotion de la Santé (PPS), et plus largement dans le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) et du projet régional de prévention de l'ARS Provence Alpes Côte d'Azur.

Le SRP a mis en lumière les principales caractéristiques régionales en matière de santé :

- importance des inégalités socio-économiques,
- pollution urbaine et industrielle importante, pesant sur la qualité de l'air,
- prégnance des troubles de santé mentale,
- excès de risque de cancer du poumon chez les femmes,
- sur-risque en matière d'accidentologie routière,
- poids historique de l'épidémie d'infection à VIH/Sida,
- signes de fragilité concernant la santé des jeunes,
- enjeu majeur des maladies chroniques : notamment cancers, maladies cardiovasculaires, diabète, maladies respiratoires, surpoids et obésité, infection chronique par le VIH.

En comparaison avec d'autres régions, l'état de santé de la population dans notre région est globalement plutôt satisfaisant. Ce sont les très forts contrastes d'états de santé existant entre populations selon leur statut social et entre territoires qui constituent le principal problème.

L'analyse effectuée pour chacun des domaines stratégiques dans le cadre du SRP a permis de mettre en lumière l'enjeu majeur des inégalités de santé. Pour de nombreux cancers, pour les cardiopathies ischémiques, les maladies cérébro-vasculaires, le VIH/Sida, la mortalité par consommation excessive d'alcool et les accidents de la circulation, les hommes de 25-54 ans employés et ouvriers ont un risque significatif accru de décès par rapport aux cadres et professions intellectuelles supérieures<sup>1</sup>. Par ailleurs, comme dans le reste de la France, la prévalence du diabète, de l'obésité, de l'asthme est plus élevée dans les milieux socio-économiques moins favorisés. Les disparités infrarégionales sont très marquées.

### Définition de la population générale :

Le SRP est décliné en six plans d'action populationnels. La « population générale », concernée par ce plan d'action peut être définie comme l'ensemble de la population (tout âge confondu) résidant sur un territoire donné (région, département, commune ou quartier).

Les limites de l'appartenance à la population générale se déterminent également en fonction des autres programmes de prévention :

- Femmes enceintes, parents et petite enfance (jusqu'à 6 ans),
- Enfants, adolescents, jeunes (de 6 à 25 ans),
- Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) (tout âge confondu mais spécifiquement pour les personnes sans chez soi, les jeunes en errance, les personnes âgées migrantes, les étrangers en situation irrégulière, les travailleurs pauvres, les saisonniers, les gens du voyage, les personnes en situation de prostitution, les femmes isolées et les familles monoparentales à faible revenu avec un reste à charge élevé pour les soins, les personnes placées sous main de justice, ainsi que les anciens détenus en démarche de réinsertion),
- Personnes atteintes de maladies chroniques, y compris maladies rares (tout âge confondu),
- Personnes vieillissantes (plus de 55 ans) et personnes en situation de handicap.

Globalement, le plan d'action « population générale » cible une tranche d'âge comprise entre 25 et 55 ans.

### Les personnes vulnérables en population générale :

Le développement d'actions de prévention selon les définitions et principes énoncés par le schéma régional de prévention vise en priorité les territoires et publics particulièrement vulnérables. Dans le cadre du plan d'action « population générale », la vulnérabilité concerne les personnes suivantes :

<sup>1</sup> Observatoire Régional de Santé PACA

- Les personnes isolées :
  - personnes seules ou en situation de monoparentalité,
  - personnes ayant des difficultés d'accès à l'offre de soins (éloignées et/ou sans moyen de transports).
- Les personnes en situation de vulnérabilité sociale :
  - sans diplômes
  - sans emploi
  - ayant des revenus légèrement au-dessus des *minima* sociaux associés à la précarité
  - en logement précaire
- Les personnes cumulant les vulnérabilités

La vulnérabilité peut être également définie plus spécifiquement selon le thème concerné, par exemple dans le cadre de la santé sexuelle, les publics cibles spécifiquement vulnérables sont les femmes et les HSH, LBT<sup>2</sup>.

## Stratégie des actions :

Les actions devront être développées en référence aux bonnes pratiques. Il sera important d'identifier les facteurs occurrents dans le parcours de vie à savoir par exemple :

- Chômage
- Rupture familiale
- Perte de repères environnementaux /sociaux
- Deuil
- Mal-être au travail
- Chronicité maladie/handicap
- Précarité économique

L'ensemble des objectifs opérationnels du plan d'action s'inscrivent dans le contexte de la Loi de Santé Publique et des différents programmes des plans nationaux ou régionaux, notamment :

- Programme national d'actions contre le suicide 2011/2014
- Plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2011/2013
- Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011
- Schéma régional d'addictologie PACA 2010/2011
- Plan national nutrition santé 2011/2015
- Plan obésité 2011/2013
- Programme alimentation et insertion 2011
- Plan santé au travail 2010 (décliné par la DIRECCTE)
- Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010/2014
- Plan cancer 2009/2013
- Plan régional santé environnement PACA 2009/2013

## Territoires prioritaires :

Les actions seront mises en œuvre prioritairement sur les territoires socialement très vulnérables qui ont été identifiés dans le SRP, c'est-à-dire les **35 cantons regroupés cumulant plusieurs indicateurs de défavorisation** :

- Alpes de Haute Provence : les Mées, Riez et Manosque,
- Hautes-Alpes : Rosans
- Alpes-Maritimes : Nice, Tende et Breil sur Roya,
- Bouches-du-Rhône : Tarascon, Port St Louis du Rhône, Marseille, Arles, Marignane, Martigues, Vitrolles, Salon de Provence, Saintes-Maries-de-la-Mer, Chateaurenard, Orgon, Istres, Aubagne,
- Var : Toulon, Brignoles, La Seyne sur Mer, Le Luc, Fréjus
- Vaucluse : Avignon, Valréas, Bollène, Cavaillon, Bédarrides, Orange, Apt, Carpentras, Beaumes de Venise, Sault.

Pour certains objectifs opérationnels de ce plan d'action, des territoires spécifiques sont précisés.

<sup>2</sup> HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes, LBT : Lesbiennes, Bisexuel(le)s, Transsexuel(le)s

## Les objectifs généraux du plan d'action « population générale » :

- Objectif général 1 : Prévenir, repérer la souffrance psychique et la crise suicidaire
- Objectif général 2 : Promouvoir des comportements favorables à la santé
- Objectif général 3 : Améliorer le dépistage de certaines maladies chroniques
- Objectif général 4 : Améliorer l'identification des territoires vulnérables et mettre en œuvre les politiques territoriales appropriées pour réduire les inégalités de santé
- Objectif général 5 : Favoriser l'intégration des personnes malades dans la cité, changer les représentations collectives de la maladie chronique, des troubles de santé mentale, du handicap et du vieillissement.

## Recommandations

Les porteurs de projet peuvent faire appel pour un accompagnement méthodologique pour la mise en œuvre, le suivi ou l'évaluation de ces actions aux partenaires opérationnels du Pôle régional de compétences en éducation pour la santé, notamment les comités départementaux d'éducation pour la santé.

Par ailleurs, pour permettre une analyse par genre du plan d'action, les différents indicateurs fournis lors de l'évaluation des actions devront préciser en sus des indicateurs du cahier des charges, le sexe des personnes concernés et si possible l'âge.

## OBJECTIF GENERAL 1 : Prévenir, repérer la souffrance psychique et la crise suicidaire et prévenir les récurrences des tentatives de suicide en améliorant leur prise en charge

### Contexte

Le suicide ne peut pas être considéré comme une pathologie mais son taux reste un indicateur significatif pour évaluer l'état de santé mentale d'un pays ou d'une population. C'est la deuxième cause de mortalité prématurée évitable pour les hommes comme pour les femmes. Les taux de décès sont nettement plus élevés chez les hommes âgés que chez les jeunes et les femmes. En France, le nombre de décès par suicide est estimé à 10127 cas en 2007.<sup>3</sup>

En PACA, pour les années 2000-2004, on observe une sous-mortalité régionale significative de 12% par suicide pour les hommes et une surmortalité de 5% pour les femmes (non significative). Le département du Var présente une surmortalité significative par rapport à la France de 12% pour les hommes et de 15% pour les femmes<sup>4</sup>.

Les territoires figurant dans les tableaux ci-dessous correspondent à des surmortalités prématurées, évitables, pour causes de suicides (en orange) ou à des sous-mortalités (en bleu italique) significatives au seuil de 5% pour la période 2000-2004.

### Mortalité par suicides 2000-2004

Département	Territoire de proximité	Taux comparatif hommes	ICM <sup>5</sup>	Département	Territoire de proximité	Taux comparatif femmes	ICM <sup>6</sup>
		<b>Surmortalité</b>				<b>Surmortalité</b>	
04	<b>Manosque</b>	40,36	136,40	04	<b>Manosque</b>	12,24	145,48
83	<b>Draguignan</b>	37,15	131,57	06	<b>Antibes</b>	14,90	167,20
83	<b>Toulon-Hyères</b>	32,58	114,60	06	<b>Cannes-Grasse</b>	12,72	146,95
84	<b>Avignon</b>	33,50	118,73	13	<b>Marseille</b>	10,40	113,61
		<b>Sous mortalité</b>				<b>Sous mortalité</b>	
06	<i>Nice</i>	<i>10,57</i>	<i>37,09</i>	06	<i>Nice</i>	<i>4,46</i>	<i>50,94</i>
06	<i>Menton</i>	<i>18,21</i>	<i>62,67</i>				
13	<i>Martigues</i>	<i>18,53</i>	<i>63,11</i>				
13	<i>Marseille</i>	<i>21,37</i>	<i>74,39</i>				

A cette échelle, et pour des données regroupant les deux sexes, la majorité des cantons regroupés présentant les taux comparatifs de mortalité par suicide les plus élevés sont situés dans les départements alpins (Veynes, Sisteron, Gap) et le Var (St-Tropez, Collobrières, Le Muy, Hyères, Six-Fours, La Seyne-Mer). Les cantons regroupés de Cannes et Aubagne sont également en surmortalité par rapport à la France.

En 2005, le nombre de personnes de 18 ans et plus ayant fait une tentative de suicide (TS) était estimé à 9116<sup>7</sup>.

3 CépiciDC-Inserm

4 SIRSé PACA

5 ICM base 100 : France par suicides 2000-2004 - Source : INSERM CépiciDC, INSEE – SIRSé PACA

6 ICM base 100 : France par suicides 2000-2004 - Source : INSERM CépiciDC, INSEE – SIRSé PACA

7 ORS PACA op. cit. p.24

Par ailleurs, la région PACA est la 6<sup>ème</sup> région française la plus consommatrice de médicaments psychotropes, avec 26,6% de consommateurs en 2000. C'est dans le département des Bouches-du-Rhône que ce pourcentage est le plus élevé (27,9%).

Le Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014) développe six axes dont un concerne le développement de la prévention et de la postvention.

## **Objectif spécifique 1.1 : Poursuivre et développer des actions d'information auprès du grand public**

Objectif opérationnel 1.1.1 : Sensibiliser, communiquer auprès de la population sur la santé mentale

### **Public cible :**

Personnes vulnérables telles que définies dans le contexte générale.

### **Territoire cible :**

Les actions seront mises en œuvre prioritairement sur les cantons socialement vulnérables et sur les cantons présentant les taux les plus élevés de mortalité par suicide décrits dans le contexte de l'objectif général (Manosque, Draguignan, Toulon-Hyères, Avignon, Antibes, Cannes-Grasse, Marseille).

### **Actions attendues :**

Actions d'information et de communication auprès des personnes les plus vulnérables pendant la semaine d'information sur la santé mentale (SISM) ou les journées nationales de prévention du suicide (JNPS).

### **Recommandations :**

Dans ces actions seront abordées un ou plusieurs des thèmes suivants : les troubles dépressifs, les risques suicidaires, les violences au sein du couple, les viols et agressions sexuelles, la santé au travail, la discrimination des personnes atteintes de troubles mentaux.

Ce type d'actions devrait s'inscrire dans un projet local plus global autour de la thématique lutte contre la souffrance psychique et la crise suicidaire.

Des documents de l'INPES, des listes recensant les dispositifs d'intervention à distance dédiés à la prévention du suicide et à la prévention/promotion de la santé mentale (site internet et lignes téléphoniques nationales spécifiques santé et mal-être) ou autres pourront être remis lors de ces actions.

### **Indicateurs :**

- Nombre, type et contenu des actions d'information et de communication par territoire et par structure,
- Nombre de documentations diffusées.

## **Objectif spécifique 1.2 : Favoriser le développement et le renforcement des compétences psycho-sociales des personnes en souffrance psychique, avec une attention particulière sur la problématique des violences faites aux femmes**

Les compétences psychosociales sont la capacité 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. Elles ont un rôle particulièrement important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large.

Quand les problèmes de santé sont liés à un comportement, et ce comportement lié à une incapacité à répondre efficacement au stress et aux pressions de la vie, l'amélioration des compétences psychosociales pourrait être un élément influent dans la promotion de la santé et du bien-être, les comportements étant de plus en plus impliqués dans l'origine des problèmes de santé.<sup>8</sup> »

### **Objectif opérationnel 1.2.1 : Mettre en œuvre des actions de restauration et de renforcement des compétences psychosociales**

#### **Public cible**

- Personnes vulnérables en population générale,
- Les personnes en souffrance psychique,
- Les femmes victimes de violences.

#### **Territoire cible :**

Les actions seront mises en œuvre prioritairement sur les cantons socialement vulnérables et sur les cantons présentant les taux les plus élevés de mortalité par suicide décrits dans le contexte de l'objectif général (Manosque, Draguignan, Toulon-Hyères, Avignon, Antibes, Cannes-Grasse, Marseille).

#### **Actions attendues :**

Actions de restauration et de renforcement des compétences psychosociales auprès du public cible.

#### **Indicateurs de suivi**

- Nombre, type et contenu des actions proposées par territoire ciblé et par structure,
- Nombre de structures ou établissements investis dans ce programme,
- Nombre, âge et genre des personnes participantes.

#### **Recommandations :**

Les actions doivent prendre en compte les préconisations du plan national de lutte contre les violences faites aux femmes.

---

<sup>8</sup> OMS, 1993

## **Objectif spécifique 1.3 : Poursuivre le développement des actions de formation au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique dont les troubles dépressifs et les risques suicidaires à destination des personnels de santé, des travailleurs sociaux et autres professionnels**

### **Contexte**

Le Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014) a pour objectif de mobiliser l'ensemble des professionnels de santé, les autres professionnels au contact des personnes à risque, les familles et les associations spécialisées.

En ce qui concerne les professionnels, en région PACA, le développement de formations au repérage de la crise suicidaire auprès des personnes ressources a été mis en œuvre à partir de six sites : les deux centres hospitaliers universitaires de Marseille (13) et Nice (06), les centres hospitaliers de Digne (04), Montfavet (84), Montperrin (13) et Pierrefeu (83). Ces formations se sont poursuivies sur l'ensemble des départements de la région (sauf Alpes de Haute Provence et Hautes Alpes) jusqu'en 2010. Depuis cette date, c'est le réseau CRES/CODES qui en a assuré la gestion et la coordination d'une part et d'autre part, les établissements sanitaires et pénitentiaires les ont désormais inscrites dans le catalogue de formation continue des personnels.

Le module de formation est constitué en règle générale de deux journées de formations et d'une journée de suivi à distance. L'origine des professionnels formés est pluridisciplinaire, en fonction des secteurs d'activité dans l'accompagnement et/ou la prise en charge des personnes.

### **Objectif opérationnel 1.3.1 : Poursuivre le développement des actions de formation au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique dont les troubles dépressifs et les risques suicidaires à destination des professionnels de santé**

#### **Publics cibles**

Professionnels de santé.

#### **Territoires cibles**

Les actions seront mises en œuvre prioritairement sur les cantons socialement vulnérables et sur les cantons présentant les taux les plus élevés de mortalité par suicide décrits dans le contexte de l'objectif général (Manosque, Draguignan, Toulon-Hyères, Avignon, Antibes, Cannes-Grasse, Marseille).

#### **Actions attendues**

- Former et sensibiliser les professionnels de santé à la problématique du mal-être des personnes, également au développement et au renforcement des compétences psychosociales des personnes en souffrance psychique. Ces acteurs sensibilisés et formés devront être capables d'identifier la problématique de troubles psychiques, reconnaître les premiers signes d'alerte de la personne, et être capable de l'orienter vers les personnes ressources..

#### **Observations/recommandations**

Ces actions devront faire connaître l'ensemble des dispositifs intervenant dans le champ de la santé mentale et promouvoir le guide diffusé par la Direction Générale de la Santé « La dépression, en savoir plus pour en sortir » ainsi que les annuaires recensant les ressources et contacts disponibles pour les professionnels et le grand public sur la thématique du suicide



Ces formations sont également inscrites dans le plan d'action "enfants, ados, jeunes" et dans le PRAPS, par conséquent, une concertation inter-plan est souhaitable.

### Indicateurs de suivi

- Nombre, type et contenu des formations réalisées par territoire ciblé et par structure,
- Nombre et catégorie des professionnels formés,
- Taux de satisfaction (enquête de satisfaction par questionnaire sur le contenu de la formation),
- Nombre de personnes orientées vers des personnes ressources par les professionnels sensibilisés.

**Objectif opérationnel 1.3.2 : Poursuivre le développement des actions de formation au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique dont les troubles dépressifs et les risques suicidaires à destination des professionnels du social et autres équipes pluridisciplinaires**

### Publics cibles

Travailleurs sociaux, équipes pluridisciplinaires travaillant auprès des personnes en situation de vulnérabilité ou en souffrance psychique

### Territoires cibles

Les actions seront mises en œuvre prioritairement sur les cantons socialement vulnérables et sur les cantons présentant les taux les plus élevés de mortalité par suicide décrits dans le contexte de l'objectif général (Manosque, Draguignan, Toulon-Hyères, Avignon, Antibes, Cannes-Grasse, Marseille).

### Actions attendues

- Former et sensibiliser les professionnels du social au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique dont les troubles dépressifs et les risques suicidaires et également au développement et au renforcement des compétences psychosociales des personnes en souffrance psychique. Ces acteurs sensibilisés et formés devront être capables d'identifier la problématique de troubles psychiques, reconnaître les premiers signes d'alerte de la personne, et être capable de l'orienter vers les personnes ressources

### Observations/recommandations

Ces actions devront garantir la transversalité du secteur social et médical, favoriser la pluridisciplinarité.

Elles devront faire connaître l'ensemble des dispositifs intervenant dans le champ de la santé mentale et promouvoir le guide diffusé par la Direction Générale de la Santé « La dépression, en savoir plus pour en sortir » ainsi que les annuaires recensant les ressources et contacts disponibles pour les professionnels et le grand public sur la thématique du suicide.

La formation des différents professionnels permettra l'acquisition d'un langage commun quelque soit le secteur d'activité.

### Indicateurs de suivi

- Nombre, type et contenu des formations réalisées par territoire ciblé et par structure,
- Nombre et catégorie de professionnels formés,
- Taux de satisfaction (enquête de satisfaction par questionnaire sur le contenu de la formation),
- Nombre de personnes orientées vers des personnes ressources par les professionnels sensibilisés.

Objectif opérationnel 1.3.3: Réaliser un état des lieux des actions de formation au repérage et à la prise en charge de la souffrance psychique dont les troubles dépressifs et les risques suicidaires à destination des professionnels de santé, du social et autres équipes pluridisciplinaires

#### Publics cibles

Les porteurs de projets, les différentes institutions, les associations intervenant auprès des personnes autour de cette thématique : professionnels pluridisciplinaires, psychologues, professionnels de santé, travailleurs sociaux, associations de proximité, auxiliaire de vie...

#### Territoires cibles

Tous les territoires

#### Actions attendues

- Réaliser un état des lieux des pratiques de repérage de la souffrance psychique et de la crise suicidaire,
- Réaliser un état des lieux des formations réalisées sur le sujet,
- Réaliser une évaluation des formations financées par l'ARS,
- Evaluer les besoins nécessaires et cibler les professionnels à former par territoire

#### Indicateurs de suivi

- Recensement des pratiques par territoires et par structure
- Recensement des différents organismes de formation qui proposent ce type de formation
- Nombre de formations réalisées par territoire et par structure
- Nombre de professionnels ayant bénéficié d'une formation
- Recensement des besoins en formation
- Catégorie professionnelle des personnes formées
- Taux de satisfaction quant à la formation : enquête de satisfaction par questionnaire

#### Observations

Ces actions seront menées conjointement avec l'objectif identique du plan d'action « enfants, ados, jeunes » Elles seront mises en place soit en interne, soit dans une deuxième partie du schéma régional de prévention.

Objectif opérationnel 1.3.4 : Connaître l'impact de la diffusion du CDROM contenant les outils permettant d'optimiser le diagnostic des médecins en matière de dépression

#### Publics cibles

Professionnels de santé

#### Territoires cibles

Tous les territoires

#### Actions attendues

Evaluation quantitative de la diffusion (nombre de CD distribués, nombre de personnes concernées) et évaluation qualitative auprès des médecins ayant reçu ce CD, action en partenariat avec l'URPS médecins.

#### Observations

Ce partenariat mené par l'ARS n'apparaît pas dans un appel à projet.

## Objectif spécifique 1.4: Améliorer la prise en charge des personnes en risque suicidaire pour diminuer la récurrence des tentatives de suicide

En PACA, en 2005, on estimait à 9116 le nombre de personnes ayant fait une tentative de suicide. Le risque de suicide est beaucoup plus élevé lors des récurrences de tentative de suicide. La prévention de ces récurrences est donc essentielle. Elle porte à la fois sur la prise en charge à l'hôpital et le suivi post-hospitalisation. Par ailleurs, l'identification et la prise en charge par les médecins généralistes des personnes ayant des idées suicidaires sont essentielles.

### Objectif opérationnel 1.4.2: Développer des instances pour mieux coordonner les différents partenaires impliqués dans la prise en charge des personnes en amont et en aval afin d'éviter les ruptures dans le parcours de prise en charge

Il s'agit de garantir une réponse rapide dans la prise en charge coordonnée, médicale et sociale et le suivi de la personne et d'assurer la coordination d'interventions autour des situations de souffrance psychique qui ont entraîné une tentative de suicide

#### Publics cibles

Les différents partenaires du secteur médical et social.  
Les réseaux et associations de coordination préexistants.  
Les professionnels de santé, les travailleurs sociaux, psychologues et personnels des structures spécialisées (CMP, secteurs de psychiatrie, services de médecine préventive...)

#### Territoires cibles

Les actions seront mises en œuvre prioritairement sur les cantons socialement vulnérables et dans les cantons présentant les taux les plus élevés de mortalité par suicide

#### Actions attendues

- Création d'une coordination multi-partenaire au travers de conventions permettant l'amélioration de la prise en charge globale et individuelle de la personne suicidante.
- Garantir une prise en charge psychologique ; systématique et coordonnée ; de la personne et de son entourage familial
- Créer des liens entre les acteurs du secteur social et médico-social avec les EMP, EMPP
- Organiser des staffs pluridisciplinaires inter-institutions
- Organiser des rencontres de travail entre les médecins de ville, les équipes médicales hospitalières de psychiatrie et les structures de prise en charge ambulatoires.
- Inscription de la thématique dans les programmes locaux de santé
- Création / officialisation de réseaux institutionnels de proximité (études de cas)

#### Observations/recommandations

Ce dispositif spécifique doit coordonner les différents institutions pour une prise en charge pluridisciplinaire des personnes. Il devra permettre de mieux comprendre le rôle de chacun et d'articuler les interventions.

Il devra permettre en permanence le contact avec les familles, les médecins, les partenaires médico-sociaux.

Il devra améliorer l'efficacité, la prise en charge psychique et le suivi des personnes en garantissant l'action coordonnée des secteurs du médical et du social.

Il interviendra également en soutien des professionnels ou des équipes confrontés à des situations aiguës. L'ensemble des professionnels de santé et particulièrement les professionnels libéraux ont bien entendu vocation à participer à ces dispositifs.

### Indicateurs de suivi

- Nombre de conventions signées par territoire ciblé et par structure
- Nombre de coordinations multi-partenariales existantes, nombre et détail des coordinations
- Nombre de prises en charges globales
- Nombre de suivi de personnes ayant fait une tentative de suicide ou une crise suicidaire

## Objectif opérationnel 1.4.3 Améliorer la prise en charge psychologique ; systématique et coordonnée des suicidants pour diminuer les récidives

### Publics cibles

Les personnes ayant fait une tentative de suicide

L'entourage des suicidants, les personnes ayant subies un psycho-traumatisme

### Territoires cibles

Les actions seront mises en œuvre prioritairement sur les cantons socialement vulnérables et dans les cantons présentant les taux les plus élevés de mortalité par suicide

### Actions attendues

- Renforcer la prise en charge des suicidants à l'accueil des urgences
- Diffusion auprès du public cible des listes recensant les dispositifs d'intervention à distance dédiés à la prévention du suicide et à la prévention/promotion de la santé mentale (site internet et lignes téléphoniques nationales spécifiques santé et mal-être)

### Indicateurs de suivi

- Nombre de suivi de personnes ayant fait une TS ou une crise suicidaire par territoire ciblé et par structure
- Nombre et type de professionnels de santé impliqués dans les prises en charge par territoire ciblé et par structure

### Observations

Ces actions pourraient être mises en place dans une deuxième partie du schéma régional de prévention.

## OBJECTIF GENERAL 2 : Promouvoir des comportements favorables à la santé

### Objectif spécifique 2.1 : Prévenir les conduites addictives

#### Contexte

La notion de conduite addictive comprend à la fois les addictions aux substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites) mais également les addictions comportementales, sans substances psychoactives (jeu par exemple). L'addiction se caractérise, en effet, par l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance des conséquences négatives.

Par ailleurs, les conduites addictives sont souvent la symptomatique d'un parcours de vie. Il est donc très important que cet objectif soit en étroite relation avec ceux abordés dans le plan d'actions en faveur des enfants, adolescents, jeunes. «Favoriser le développement des compétences psychosociales chez les enfants », en effet, ces compétences sont reconnues pour être un facteur de protection de la santé des jeunes<sup>9</sup> et «développer les compétences des personnes qui sont en contact avec les enfants et les adolescents » en formant des personnes « relais ».

La consommation de substances psychoactives est responsable en France de plus de 100 000 décès évitables par accidents et par maladies, dont près de 40 000 par cancers. Les conduites addictives interviennent ainsi dans environ 30 % de la mortalité prématurée (soit avant 65 ans).

Pour la mortalité par consommation excessive d'alcool, notre région présente une sous-mortalité significative par rapport à la France pour la période 2000-2004 : - 23% pour les hommes et - 15% pour les femmes. Un seul territoire de proximité est en surmortalité significative par rapport à la France : Draguignan (Var) pour les femmes (+ 29%). Au niveau des cantons regroupés, trois présentent une surmortalité significative : Tende (Alpes Maritimes) (+ 125%), Port Saint-Louis du Rhône (Bouches du Rhône) (+ 84%) et Laragne-Montéglin (Hautes-Alpes) (+ 51%). La région est toutefois 5<sup>ème</sup> sur l'ensemble des régions françaises pour le nombre de décès avant 65 ans par alcoolisme et cirrhose et 3<sup>ème</sup> pour les accidents corporels avec alcool.<sup>10</sup>

En ce qui concerne le tabagisme, la prévalence des fumeurs en France a augmenté dans la population de 15 à 75 ans, passant de 32 % en 2005 à 34 % (37 % chez les hommes et 30 % chez les femmes) en 2010<sup>11</sup>. Cette augmentation est survenue après quarante ans de diminution de la prévalence chez les hommes et seulement vingt ans de diminution de la prévalence chez les femmes. La prévalence des fumeurs est la plus élevée chez les jeunes, puis diminue avec l'âge : 39 % des 18-44 ans déclarent fumer tous les jours contre 31 % des 45-54 ans, 18 % des 55-64 ans et 7 % des 65-75 ans.

La région PACA semble particulièrement touchée, si l'on en juge l'augmentation importante de l'incidence des cas de cancers du poumon chez les femmes et de la mortalité par maladies respiratoires et par cancers du poumon au cours des dernières années. Par ailleurs, en PACA, comme au niveau national, il varie selon la catégorie socioprofessionnelle, en effet le tabagisme quotidien est deux fois plus fréquent chez les chômeurs et les ouvriers que chez les cadres. Il diminue lorsque le niveau de revenu du ménage augmente<sup>12</sup>.

L'article 14 de la Convention cadre pour la lutte antitabac (Cclat) promeut la mise en oeuvre de programmes destinés aux fumeurs souhaitant arrêter. Ces programmes concernent en particulier le diagnostic, le conseil, la prévention et le traitement de la dépendance au tabac, ainsi que des traitements facilement accessibles et peu onéreux (par exemple la ligne nationale d'aide à l'arrêt du tabac et le site Web de coaching par internet (Tabac Info Service) dont la gestion est assurée par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé).

9 OMS 1993 – équipe division de la santé mentale et de la prévention de la toxicomanie

10 OFDT- ILIAD 2009

11 Beck F., Guignard R., Richard J.-B., Wilquin J.-L., Peretti-Watel P., « Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010 », BEH, n°20-21, numéro spécial journée mondiale sans tabac, 31 mai 2011, 230-233.

12 ORS PACA

En ce qui concerne les drogues illicites, la consommation déclarée en 2005 par des adultes de 18 à 64 ans, en France, est pour :

Le cannabis :

- Au moins une fois dans la vie : 32%
- Au moins une fois dans l'année : 12% des hommes, 7% des femmes
- Au-delà de ces pourcentages de consommateurs dans l'ensemble de la population adulte, on observe de grandes différences de comportement suivant les âges. Chez les jeunes adultes (18-44 ans), 16 % des hommes et 11 % des femmes ont consommé du cannabis dans l'année. Ces pourcentages deviennent en revanche très faibles chez les adultes âgés de 45 à 75 ans (2% chez les hommes et à peine 1% chez les femmes).

La cocaïne :

- Au moins une fois dans la vie : 4% des hommes. 1,5% des femmes
- L'expérimentation de cocaïne s'observe principalement dans les générations âgées de moins de 45 ans (près de 2% chez les 18-26 ans, 4% chez les 26-44 ans contre 0,4% chez les 45-75 ans).

L'ecstasy :

- Au moins une fois dans la vie : 3,1% des hommes. 1% des femmes

Les amphétamines :

- Au moins une fois dans la vie : 2% des hommes. 1% des femmes
- Comme pour la plupart des drogues illicites, l'expérimentation de l'ecstasy chez les adultes concerne surtout les générations de moins de 45 ans. En revanche, celle des amphétamines décroît moins avec l'âge, celles-ci ayant été utilisées par les femmes il y a quelques années en tant que coupe-faim lors de régimes amaigrissants

L'héroïne :

- Au moins une fois dans la vie 1,3% des hommes. 0,4% des femmes
- Comme pour les autres drogues illicites, l'expérimentation de l'héroïne dans la population adulte concerne surtout les personnes de moins de 45 ans.

En ce qui concerne d'autres substances psychoactives (poppers, champignons hallucinogènes, colles et solvants, LSD) leur usage semble relativement marginal sur l'ensemble des générations antérieures aux 25 ans.

En ce qui concerne la pratique des jeux de hasard et d'argent, selon l'exploitation des données issues du baromètre santé 2010 de l'INPES <sup>13</sup> les caractéristiques sociodémographiques des « joueurs excessifs » se distinguent de l'ensemble des joueurs actifs par un certain nombre de caractéristiques :

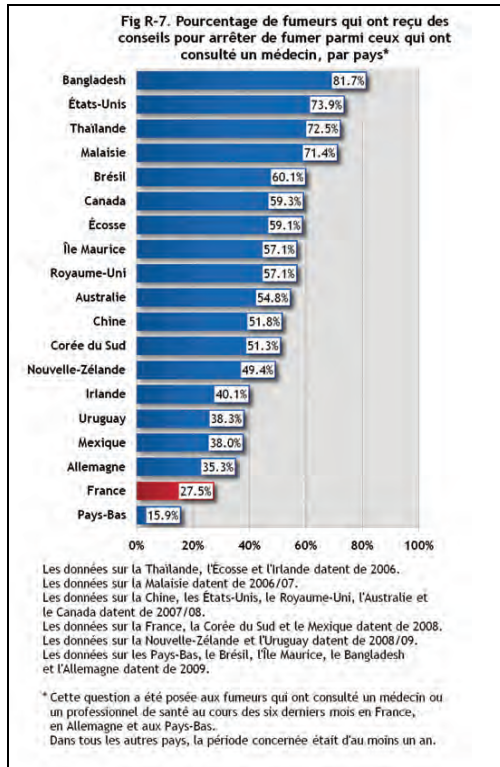
- 75,5 % des joueurs excessifs sont des hommes,
- 6,9 % ont entre 25-34 ans, 4,7 % 45-54 ans, et 4,4 % 18-24 ans,
- 57,8 % déclarent un revenu mensuel inférieur à 1 100 euros contre 34,7% chez les joueurs actifs,
- 55,2 % vivent en couple vs 70,7 % de l'ensemble des joueurs actifs.,
- Plus d'un joueur excessif sur trois ne possède aucun diplôme,
- La quasi totalité des joueurs excessifs ont un niveau d'études inférieur ou égal au baccalauréat

<sup>13</sup> OFDT/INPES Tendances N° 77 – septembre 2011

## Objectif opérationnel 2.1.1 : Former les professionnels de santé au repérage des usages problématiques et à l'orientation

### Contexte

Le rôle important du conseil du médecin pour aider les fumeurs à arrêter de fumer est bien reconnu<sup>14</sup>. Cependant, la France se classe parmi les derniers des 19 pays participant à l'étude ITC<sup>15</sup> en ce qui concerne la proportion de fumeurs ayant reçu, au cours d'une consultation de routine, des conseils de leur médecin pour arrêter de fumer. Les formes les plus courantes d'aide à l'arrêt du tabac fournies aux fumeurs par un médecin ou un professionnel de santé sont les conseils les incitant à arrêter de fumer et la fourniture de brochures. Les médicaments d'aide à l'arrêt du tabac et les orientations vers des programmes d'arrêt du tabac sont proposés moins fréquemment.



Le questionnaire DETA-CAGE permet en quatre questions simples de dépister une consommation d'alcool à problèmes

1. Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
2. Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
4. Avez-vous déjà eu besoin d'Alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non

<sup>14</sup> WHO Framework Convention on Tobacco Control (2010) Stead, L.F., Bergson, G., and Lancaster T. (2008)

<sup>15</sup> International Tobacco Control, projet d'évaluation des politiques publiques de lutte antitabac – Octobre 2011

### Publics cibles

Professionnels de santé : médecins généralistes, hépato-gastro-entérologues libéraux, infirmières libérales

### Territoires cibles

Cantons regroupés vulnérables et cantons regroupés avec surmortalité due à l'alcool

### Actions attendues

- Sensibiliser les professionnels de santé à la connaissance des usages émergents
- Favoriser chez les professionnels de santé généralistes et spécialisés la connaissance et l'utilisation des pratiques et outils techniques de type RPIB (repérage précoce intervention brève), l'entretien motivationnel, le conseil minimal pour le tabac, le questionnaire DETA CAGE pour l'alcool (questionnaires et grilles d'évaluation, de repérage des conduites à risques, entretiens de prévention,...) etc.

### Indicateurs de suivi

- Nombre, type et contenu des actions de sensibilisation par territoire ciblé et par structure
- Nombre et catégorie des participants aux actions par territoire ciblé et par structure

## Objectif opérationnel 2.1.2 : Former les travailleurs sociaux et relais de proximité au repérage des usages problématiques et à l'orientation

### Publics cibles

Professionnels du champ sanitaire, social, médico-social (libéral, associatif), de l'accompagnement vers l'emploi

### Territoires cibles

Territoires prioritaires tels que définis dans le contexte général du plan d'action et cantons regroupés avec surmortalité due à l'alcool

### Actions attendues

Formations pluridisciplinaires et spécifiques au repérage des usages problématiques et à l'orientation vers les structures spécialisées.

### Observations/recommandations

Favoriser une approche intersectorielle et pluridisciplinaire

### Indicateurs de suivi

- Nombre, type et contenu des formations par territoire ciblé et par structure
- Nombre et catégorie des participants par territoire ciblé et par structure
- Résultat de l'analyse des questionnaires de satisfaction



## Objectif opérationnel 2.1.3 : Sensibiliser les publics cibles aux risques inhérents aux conduites addictives et aux dispositifs d'arrêt

La prévention universelle<sup>16</sup> est privilégiée pour aborder les actions, dans le cadre d'une prévention globale qui décloisonne le produit du comportement et qui inclut des pratiques procédant des mêmes phénomènes : les usages et des abus de produits licites, illicites et les addictions sans produits.

La prévention des conduites addictives ne se réduit pas à une information sur les dangers ou un simple rappel de la loi. Elle doit utiliser des méthodes éducatives de prévention des conduites à risque et de promotion de la santé.

### Public cible

Personnes en situation de vulnérabilité

### Territoire cible

Territoires prioritaires tels que définis dans le contexte général du plan d'actions et territoires présentant une surmortalité significative par cardiopathies ischémiques et par ailleurs très vulnérable : Tende (06), Aubagne, Port Saint-Louis du Rhône, Istres (13)

### Actions attendues :

- Séances d'informations et de sensibilisation interactives
- Groupes de parole, d'expression, de soutien
- Aide à l'accès des forums informatiques, réseaux sociaux
- Orientation et accompagnement vers des structures spécialisées du dispositif en addictologie

### Recommandations

Une attention particulière sera portée aux actions qui prendront en compte l'isolement social des personnes ciblées.

### Indicateurs de suivi

- Nombre, type et contenu des actions et des groupes de paroles
- Nombre, profil, situation socioprofessionnelle des personnes ayant bénéficié d'une action de prévention
- Nombre, profil, situation socioprofessionnelle des personnes orientées vers des structures spécialisées

---

<sup>16</sup> La prévention universelle concerne les interventions destinées à la population générale ou tout du moins à des groupes qui n'ont pas été sélectionnés sur la base d'un risque défini

## Objectif spécifique 2.2 : Promouvoir une alimentation équilibrée et la pratique d'une activité physique régulière

### Contexte

Objectifs de la loi relative à la politique de santé publique 5 à 13 et 98 et 99.  
Programme National Nutrition Santé (PNNS 2011 - 2015)  
Plan Obésité 2010-2013  
Recommandation HAS – Prévention du surpoids et de l'obésité, octobre 2011  
Programme alimentation et insertion (2003).

### Problématique :

- Pathologies liées à l'excès et/ou aux carences alimentaires.
- Progression du surpoids et de l'obésité ainsi que de la sédentarité chez les jeunes et les publics en situation de précarité.
- Retentissement de l'obésité, de la dénutrition et de la sédentarité chez les personnes âgées.
- La prévalence des affections de longue durée pour l'hypertension artérielle est plus élevée que la moyenne nationale, une prévalence de l'obésité chez les plus de 18 ans qui augmente en PACA, mais de manière moindre qu'en France.
- Les populations bénéficiaires de l'aide alimentaire présentent un déséquilibre nutritionnel et une situation de santé fortement dégradée (résultats de l'étude ABENA 2004-2005 et EA3).
- La persistance d'inégalités de santé en région PACA est attestée par les résultats de l'extension régionale du baromètre santé nutrition (BSN), qui confirment la prévalence plus élevée du surpoids et de l'obésité parmi les populations ayant un faible statut socio-économique.
- La surcharge pondérale est plus fréquente chez les personnes ayant un faible statut socio-économique (SSE) (BSN 2008).
- L'indice de masse corporelle a été calculé à partir de la taille et du poids déclarés par les individus. Selon ces déclarations, un tiers des adultes interrogés en région Paca est en surpoids et 6,2 % présentent une obésité. Ces estimations, reposant sur des données déclarées, sont très probablement sous-estimées. La probabilité d'être en surpoids ou obèse augmente lorsque le niveau de revenu diminue, chez les hommes comme chez les femmes. En région Paca, 45,0 % des personnes ayant un faible SSE sont en surpoids ou obèses contre 37,2 % de celles ayant un SSE intermédiaire et 31,0 % de celles ayant un SSE élevé.
- Une activité physique intense liée au travail plus fréquente chez les personnes ayant un faible SSE  
L'activité physique a été évaluée à l'aide du questionnaire « GPAQ » développé par l'Organisation mondiale de la santé. Cet instrument permet de recueillir des informations sur :
  - 1) la pratique d'activité physique dans les domaines du travail, des déplacements et des loisirs ;
  - 2) les comportements de sédentarité ;
  - 3) l'intensité des activités physiques.

Concernant le niveau d'activité physique totale, 44,2 % des habitants de la région Paca ont un niveau d'activité physique élevé, sans différence selon le RUC.

Globalement, le niveau d'activité physique élevé est donc indépendant du SSE. Mais dans le travail, la pratique d'une activité physique intense (c'est-à-dire qui essouffle ou accélère fortement le pouls pendant au moins 10 minutes consécutives), mais pas toujours adaptée, augmente lorsque le niveau de revenu diminue. À l'inverse, dans les loisirs, la proportion de personnes ayant déclaré une activité physique intense augmente avec le revenu. Le temps moyen de sédentarité, évalué par le temps passé en position assise ou allongée en dehors de la période de sommeil dans une journée, augmente avec le niveau de revenu de 4,1 heures pour les personnes ayant un faible revenu, à 4,8 heures pour celles ayant un revenu élevé (au moins égal à 1 500 euros).

Ces résultats sur l'activité physique ne diffèrent pas en région Paca par rapport au reste de la France à l'exception de la pratique d'une activité physique intense liée au travail plus fréquente en région Paca, après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques

### **Prévention du surpoids et l'obésité : les recommandations de la HAS**

Afin de prévenir le surpoids et l'obésité, les recommandations pour la prise en charge médicale de l'obésité et surpoids datant de 1998 ont été actualisées. Elles ont été présentées par la HAS le 6 octobre 2011.

La prise en charge initiale et le suivi du sujet en surpoids ou obèse relevant de la médecine de premier recours, deux recommandations de bonnes pratiques (sur l'adulte et sur l'enfant) sont donc à présent publiées à l'attention des médecins généralistes et pédiatres.

Les principaux axes de ces recommandations sont les suivantes :

- un changement durable des habitudes plutôt que la recherche de la perte de poids à tout prix
- un accompagnement diététique et un suivi régulier
- l'augmentation de l'activité physique, et pas uniquement du sport
- un accompagnement psychologique
- la non recommandation de l'usage des médicaments.

### **Plan obésité 2010-2013 :**

Le Plan obésité comporte quatre axes prioritaires, les recommandations concernant la prévention et la promotion de la santé ont été construites en étroite relation avec le Programme National Nutrition Santé (PNNS 2011 - 2015) et le Programme national pour l'alimentation, en particulier dans ses volets « Faciliter l'accès de tous à une alimentation de qualité » et « Améliorer l'offre alimentaire » dont les objectifs rejoignent les préconisations de la commission de Danne.

### **Objectifs opérationnels :**

Les objectifs opérationnels de prévention retenus dans le plan d'action « population générale » relèveront des axes suivants :

- faciliter la mise en œuvre individuelle et collective des recommandations préventives
- promouvoir l'activité physique et lutter contre la sédentarité
- contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé

### **Objectif opérationnel 2.2.1 : Faciliter l'accès de tous à une alimentation équilibrée**

#### **Publics cibles**

Intervenants dans l'aide alimentaire

#### **Territoires**

- Territoires présentant une surmortalité significative par cardiopathies ischémiques et par ailleurs très vulnérable : Tende (06), Aubagne, Port Saint-Louis du Rhône, Istres (13)
- Territoires prioritaires tels que définis dans le contexte général

#### **Actions attendues :**

- Former les intervenants de l'aide alimentaire sur les repères PNNS et le thème « Mieux manger en situation précaire : favoriser un régime plus équilibré »
- Mettre en place des interventions spécifiques pour réduire les inégalités sociales de santé (ISS) en matière nutritionnelle

#### **Indicateurs**

- Nombre, type et contenu détaillé des formations par territoire ciblé et par structure
- Calendrier des sessions
- Nombre, catégorie et liste détaillée des personnes formées par territoire ciblé et par structure

#### **Recommandations :**

Utiliser les outils et documents validés par le PNNS

Sensibiliser sur l'intérêt de l'activité physique pour tous et les risques liés à la sédentarité

## Objectif opérationnel 2.2.2 : Promouvoir une alimentation équilibrée et l'activité physique, limiter la sédentarité

### Public cible :

Personnes vulnérables telles que définies dans le contexte général du plan d'actions

### Territoires

Territoires présentant une surmortalité significative par cardiopathies ischémiques et par ailleurs très vulnérable : Tende (06), Aubagne, Port Saint-Louis du Rhône, Istres (13)

Territoires prioritaires tels que définis dans le contexte général

### Actions attendues :

- Sensibiliser sur l'importance d'une alimentation équilibrée (les repères nutritionnels du PNNS, les relations entre nutrition et pathologies, la composition nutritionnelle des denrées préemballées,...)
- Sensibiliser sur l'intérêt de l'activité physique et les risques liés à la sédentarité

### Indicateurs

- Nombre et type d'actions développées par territoire et par structure
- Liste détaillée des personnes participantes
- Nombre de documentation diffusée

### Recommandations :

Utiliser les outils et documents validés par le PNNS

## Objectif opérationnel 2.2.3: Mobiliser les partenaires de la prévention sur la promotion de l'alimentation équilibrée et de l'activité physique

### Actions attendues :

- Renforcement de la prise en compte de la promotion de l'activité physique et sportive comme facteur de santé au sein de la politique de la ville.
- Actions visant le développement de l'activité physique dans les quartiers défavorisés
- Intégration de la thématique de l'alimentation et de l'activité physique dans les dispositifs de formations des coordinateurs ASV et des animateurs CUCS
- Développement des chartes d'engagements des collectivités territoriales actives du PNNS
- Valorisation et encouragement des modes de transport actifs avec l'intégration de la mobilité active dans les chaînes de déplacements

## Objectif spécifique 2.3 : Promouvoir une bonne santé sexuelle et reproductive

### Contexte

Pour l'OMS, la santé sexuelle et reproductive s'intéresse aux mécanismes de la procréation et au fonctionnement de l'appareil reproducteur à tous les stades de la vie.

Elle implique la possibilité d'avoir une sexualité responsable, satisfaisante et sûre ainsi que la liberté pour les personnes de choisir d'avoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles le désirent.

Cette conception de la santé génésique suppose que les femmes et les hommes puissent choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, abordables et acceptables, que les couples puissent avoir accès à des services de santé appropriés permettant aux femmes d'être suivies pendant leur grossesse et offrant ainsi aux couples la chance d'avoir un enfant en bonne santé.

L'OMS a publié en 2009 un rapport intitulé "les femmes et la santé". Ce document examine l'état de santé des femmes tout au long de la vie et dans les différentes régions du monde. Il pointe les disparités hommes-femmes en matière de santé et souligne l'existence de déterminants biologiques et sociaux qui rendent les femmes plus vulnérables à certaines pathologies telles que le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles. Ce rapport rappelle l'existence d'une plus grande vulnérabilité des femmes, par rapport aux hommes, vis à vis de l'infection à VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST), en particulier à chlamydia trachomatis et à trichomonose vaginalis.

Facteurs de vulnérabilité des femmes au VIH/sida et aux IST :

- Vulnérabilité biologique
- Vulnérabilité culturelle
- Vulnérabilité socio-économique

### Epidémie d'infection à VIH

En PACA, l'épidémie d'infection à VIH est persistante et active. En 2008, le taux de découvertes de séropositivité VIH chez les hommes homosexuels ou bisexuels était nettement plus élevé qu'en France et avait doublé depuis 2003.

### Interruptions Volontaires de Grossesse<sup>17</sup>

Avec un taux de 21 IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans en 2008, la région PACA est la région qui a le plus fort taux de recours à l'IVG en France métropolitaine (15/1000).

Pour les femmes ayant eu recours à l'IVG en 2007, le taux est maximal (le double du taux régional) pour les femmes de 20 à 24 ans (42,1 IVG pour 1000 femmes de 20 à 24 ans).

Les moins de 20 ans représentent 15% des IVG soit un effectif de 3500 IVG dont 1100 chez des femmes mineures. Le taux d'IVG chez les mineures (4,7% de l'ensemble des IVG) est inférieur au niveau national (6%).

Les caractéristiques du profil des femmes qui ont recours à l'IVG pourraient correspondre dans une proportion importante à des femmes qui sont en situation de précarité : surreprésentation de femmes de nationalité étrangère, de femmes seules avec enfants au-delà de 25 ans et de femmes bénéficiaires de la CMU ou de l'AME.

### Recommandations

La santé sexuelle et reproductive est une thématique qui doit être abordée par les professionnels de santé dans le cadre d'une démarche de prévention et promotion de la santé. C'est une thématique transversale aux programmes de prévention populationnels, notamment, dans une optique de parcours de vie, dans sa continuité avec le programme « adolescents et jeunes ».

<sup>17</sup> Les IVG dans la région PACA. Caractéristiques et parcours des femmes ayant recours à l'IVG – Exploitation régionale de l'enquête DREES 2007. ARS PACA, infoStat n°11 – Décembre 2010

Objectif opérationnel 2.3.1 : poursuivre et développer l'information et la communication sur la contraception adaptée, les moyens de contraceptions, les dépistages des IST/VIH/hépatites et l'accès à l'IVG

**Public cible prioritaire**

- HSH, LBT
- Femmes
- Public cumulant les vulnérabilités

**Actions attendues**

- Actions d'informations et de promotion de la santé auprès du public sur la contraception adaptée, les moyens de contraception, les dépistages et l'accès à l'IVG
- Mise à disposition gratuite de matériels de prévention (préservatifs)

**Indicateurs d'évaluation :**

- Nombre, type et compte-rendu d'actions d'information et de promotion de la santé : contenu détaillé (public, date, thèmes détaillés et degré d'atteinte des résultats)
- Nombre et type de matériels de prévention distribués

Objectif opérationnel 2.3.2 : proposer des formations spécifiques sur la contraception adaptée, les moyens de contraception, les dépistages et l'accès à l'IVG

**Public cible**

- Professionnels de santé
- Intervenants relais

**Actions attendues :**

- Intervention lors de la formation initiale ou continue des professionnels de santé et des intervenants relais sur la contraception adaptée, les moyens de contraception, les dépistages et l'accès à l'IVG
- Former les professionnels de santé et les intervenants relais sur l'accompagnement au dépistage des IST et du VIH dans le cadre d'une démarche de prévention globale sur la santé sexuelle

**Recommandations**

- Renforcer les compétences des professionnels de santé et des intervenants pour le premier entretien et le suivi des personnes
- Renforcer les compétences des professionnels de santé et des intervenants sur l'accompagnement au dépistage, la prévention et la promotion de la santé sur le thème de la santé sexuelle

**Indicateurs d'évaluation :**

- Contenu détaillé des formations
- Description des partenariats mis en place pour les formations : écoles, centres de formations, facultés, structures ...
- calendrier des sessions
- Liste détaillée (catégorie professionnelle,...) des personnes formées

### Objectif opérationnel 2.3.3 : Renforcer la communication sur le N° Vert Contraception et IVG (Information, soutien et orientation)

#### Publics cibles

Les institutions, les réseaux et fédérations associatifs, les établissements scolaires (éducation nationale et agricoles) etc..

#### Actions attendues

Campagne de communication du N° Vert Contraception et IVG (Information, soutien et orientation)

#### Observations

Cette campagne de communication est prévue dans la deuxième partie du plan d'action, compte-tenu de la précédente campagne menée en 2011/2012

#### Indicateurs

- Nombre de cartes éditées et distribuées
- Comparatif du nombre d'appels entre les deux campagnes de communication
- Sondage, *testing*

## OBJECTIF GENERAL 3 : Améliorer le dépistage de certaines maladies chroniques

### Objectif spécifique 3.1 : Améliorer le dépistage organisé des cancers du sein et colorectal

#### Contexte

La lutte contre le cancer est l'un des objectifs de la loi de Santé Publique du 9 août 2004, elle constitue une priorité de santé publique en raison du nombre de décès survenus chaque année. Le dépistage organisé des cancers du sein et colorectal est un des axes prioritaires de la politique de prévention de l'ARS PACA. Le comité de pilotage régional du dépistage des cancers, sous la responsabilité de l'ARS, rassemble l'ensemble des promoteurs et financeurs du dépistage organisé dans la région.

Les objectifs suivants ont été validés lors de la dernière réunion du comité en octobre 2011 :

- Taux de participation cible 2013 ARS PACA :
  - DO Sein : 65 %
  - DO CCR : 50 %
- Agir sur les facteurs de non participation :
  - Continuer à cibler les populations vulnérables
  - Agir auprès des professionnels de santé
  - Former les personnels relais auprès des publics cibles
  - Communication
  - Développer les partenariats
- Améliorer le déroulement des campagnes de Dépistage Organisé des cancers du sein et colorectal

#### Recommandations

Il sera nécessaire de s'appuyer sur une étude des faibles taux de réponse au dépistage organisé, par territoire avec une attention particulière sur les zones à forte proportion de personnes en situation précaire et/ou isolées. Une sensibilisation particulière du corps médical, et notamment du médecin traitant qui distribue les tests de dépistage du cancer colorectal, sera sans doute à envisager, à l'image de l'opération déployée par la CNAMTS visant à mieux impliquer les médecins traitants dans les programmes de dépistage.

Objectif opérationnel 3.1.1 : agir sur les facteurs de non participation au dépistage organisé et améliorer le déroulement des campagnes de dépistage organisé

#### Publics cibles

Personnes de 50 à 74 ans.

#### Territoires cibles

Tous les territoires

Pour le cancer du sein, en priorité certains territoires repérés vulnérables : Marseille, Apt, Avignon, Cavaillon, Orange, Arles, Toulon, Martigues, Nice et avec un effort accru sur Carpentras qui présente une surmortalité significative par cancer du sein, et par la suite tous les territoires avec une PASS

#### Actions attendues

Dans le cadre du dépistage organisé

- Cibler les populations vulnérables
- Améliorer l'adhésion des professionnels au dépistage organisé
- Former les personnels relais auprès des populations vulnérables spécifiques
- Développer les partenariats
- Améliorer le fonctionnement du dépistage organisé

#### Indicateurs de suivi

Indicateurs de suivi du dépistage organisé, dont le taux de participation



## Objectif opérationnel 3.1.2 : inciter et accompagner au dépistage des cancers

### Publics cibles

Personnes vulnérables telles que définies dans le contexte général

### Territoires prioritaires

Territoires prioritaires tels que définis dans le contexte général

### Les actions susceptibles d'être financées

Sensibiliser, inciter et accompagner au dépistage des cancers

### Indicateurs

- Liste détaillée des actions mises en œuvre et des personnes en ayant bénéficié
- Nombre de personnes accompagnées vers un dépistage

### Recommandations :

*Les actions à envisager devront être adaptées afin de pouvoir toucher les publics vulnérables.*

## Objectif spécifique 3.2 : Améliorer le dépistage de l'infection à VIH/Sida et des hépatites

### Contexte

Le rapport « Etat de santé et inégalités en région PACA 2010 » de l'ORS PACA apporte les éléments suivants concernant les infections à VIH/SIDA et hépatites :

#### Incidence du Sida

- Avec 7 689 cas de sida déclarés entre le début de l'épidémie et le 30 juin 2009, la région Paca est la deuxième région de France la plus touchée par l'épidémie de sida, après l'Île-de-France. Le nombre total cumulé de cas de sida en Paca représente 12 % de ceux déclarés en France depuis le début de l'épidémie alors que la région Paca représente 7,7 % de la population française
- En France, en 2008, 51 % des cas de sida ont été diagnostiqués chez des personnes qui ignoraient leur séropositivité VIH. En Paca, cette proportion de diagnostics tardifs est de 41 %, et elle est en augmentation constante depuis plusieurs années. Cette tendance est liée à l'évolution du mode de contamination dans la région Paca. Historiquement, l'usage de drogue par voie intraveineuse était le principal mode de contamination dans notre région. L'évolution ces dix dernières années vers des modes de transmission plus fréquemment sexuels, rapproche la région des chiffres nationaux.
- Différence selon les départements de la région : les Alpes-Maritimes, avec un taux de 2 701 cas de sida par million d'habitants et les Bouches-du-Rhône, avec un taux de 1 469 cas par million, représentent les deux départements les plus touchés par l'épidémie en Paca .

#### Incidence du VIH

- Selon les estimations disponibles, 8 000 à 15 000 personnes vivent avec le VIH en Paca. En 2008, au moins 270 nouvelles découvertes de séropositivité VIH ont été déclarées (données non corrigées pour la sous déclaration et non redressées pour les retards de déclaration). Les indicateurs montrent une épidémie persistante et active en région Paca. Les nouvelles contaminations concernent toutes les tranches d'âge. Les rapports hétérosexuels représentent 49 % de ces nouvelles séropositivités, les rapports homosexuels 49 %, et les contaminations par usage de drogues par voie intraveineuse (UDVI) 2 %.
- Découvertes de séropositivité selon les populations : en France, le taux d'incidence de séropositivité VIH est 18 fois supérieur chez les UDVI que chez les hétérosexuels. Le taux de nouvelles contaminations est 200 fois supérieur dans la population des hommes homosexuels que dans la population hétérosexuelle française. En Paca, en 2008, le taux de découvertes de séropositivité VIH chez les hommes homosexuels ou bisexuels était de 93 cas par million d'habitants âgés de 15 à 64 ans (versus 63 par million en France), soit un doublement depuis 2003. Cette augmentation est plus importante que dans les autres groupes de transmission.

#### Prévalence du VHC

En 2004, la prévalence estimée des anticorps anti-VHC en population générale dans la grande région couvrant le quart sud est de la France (Auvergne, Corse, Languedoc-Roussillon, Paca, Rhône-Alpes) était de 1,1 %. En Paca, sur la période 2004-2008, 46 498 consultants ont été testés pour le VHC dans un centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) ou un centre d'examen de santé (CES) de la région, et environ 2 % étaient positifs. Si la politique de réduction des risques a permis une diminution importante de la transmission du VIH chez les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI), la situation épidémiologique vis-à-vis du VHC reste très préoccupante avec des taux de prévalence élevés. En Paca, sur la période 2004-2008, parmi les UDVI consultants des CDAG ou des CES, 37,1 % étaient séropositifs au VHC.

#### Hépatite B

Le virus de l'hépatite B (VHB) se transmet par l'intermédiaire des liquides et sécrétions biologiques, et les expositions à risque le plus souvent rencontrées sont les comportements sexuels et les voyages en pays de moyenne ou forte endémie. La surveillance des hépatites B a été renforcée avec l'inscription de l'hépatite B aiguë symptomatique sur la liste des maladies à déclaration obligatoire depuis mars 2003. Toutefois, l'exhaustivité de la déclaration obligatoire pour les hépatites aiguës B symptomatiques a été estimée à 23,4 %.

### Test Rapide d'Orientation au Diagnostique pour le VIH

Il est prévu que la convention d'habilitation permettant à une structure de prévention ou une structure associative impliquée en matière de prévention sanitaire de pratiquer des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à VIH 1 et 2 soit conclue avec le directeur général de l'agence régionale de santé.

La conclusion de la convention d'habilitation est subordonnée au respect par la structure de prévention du cahier des charges annexé à l'arrêté du 9 novembre 2010. Cet arrêté fixe les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2). En dehors des situations d'urgence mentionnées dans l'arrêté du 28 mai 2010, un test rapide d'orientation diagnostique détectant l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) peut être réalisé chez toute personne, dans son intérêt et pour son seul bénéfice, après l'avoir informée et avoir recueilli son consentement libre et éclairé, par :

1. Un médecin exerçant en cabinet libéral ;
2. Un médecin, un biologiste médical, une sage-femme exerçant dans un établissement ou dans un service de santé ;
3. Un infirmier ou un technicien de laboratoire exerçant dans un établissement ou dans un service de santé, sous la responsabilité d'un médecin ou d'un biologiste médical ;
4. Un médecin, un biologiste médical, une sage-femme ou un infirmier intervenant dans une structure de prévention ou une structure associative impliquée en matière de prévention sanitaire, à la condition que cette structure dispose de l'habilitation subordonnée à la signature d'une convention ;
5. Un salarié ou un bénévole, non professionnel de santé, intervenant dans une structure de prévention ou une structure associative mentionnée, à condition qu'il ait préalablement suivi une formation à l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection à VIH 1 et 2.

Ce test est pratiqué sur sang total, sérum ou plasma, au moyen d'un réactif détectant l'infection à VIH 1 et 2 à lecture subjective, revêtu du marquage CE, dans les conditions prévues par l'arrêté. En cas de test rapide d'orientation diagnostique positif, la personne concernée est invitée systématiquement à réaliser, auprès d'un médecin ou d'un établissement ou service de santé, un diagnostic biologique de l'infection à VIH 1 et 2 dans les conditions définies à l'article 1er de l'arrêté du 28 mai 2010.

### Objectif opérationnels 3.2.1 : Développer le dépistage du VIH et des hépatites, notamment par les TROD

#### Publics cibles

- HSH, LBT
- Femmes
- Personnes cumulant les vulnérabilités

#### Territoires cibles

Alpes Maritimes et Bouches du Rhône

#### Actions attendues

- Proposer une offre de dépistage complémentaire à celle déjà existante
- Organiser l'accompagnement au dépistage et au diagnostic lors d'un test TROD dans une démarche de prévention globale

#### Indicateurs de suivi

- Nombre de personnes dépistées
- Nombre de personnes accompagnées dans une démarche de prévention globale
- Nombre de personne accompagnées vers un diagnostique

#### Recommandations :

*L'habilitation doit être obtenue par une structure de prévention ou une structure associative avant de pouvoir pratiquer des TROD.*

*Pour les TROD VIH, le respect du cahier des charges annexé à l'arrêté du 9 novembre 2010 précisant les conditions de réalisation des TROD, notamment sur les règles d'hygiène et le dispositif d'annonce et d'accompagnement, fera l'objet de contrôles réguliers.*

## Objectif spécifique 3.3: Améliorer le dépistage du diabète de type 2

### Contexte

- « Principes de dépistage du diabète type 2 », HAS.
- *Diabète, une pathologie très socialement marquée* : la prévalence du diabète (de type 2) est plus élevée parmi les populations de niveau socio-économique moins favorisée, notamment en raison de la forte prévalence de l'obésité parmi celle-ci. En PACA, en 2008, la proportion de personnes traitées pour un diabète était près de deux fois plus élevée parmi les bénéficiaires de la CMUC (4,8%) que pour le reste de la population (2,6%). Elle est plus élevée dans les zones de forte précarité (ORS PACA). Ceci amène à proposer de retenir le diabète et l'obésité comme pathologies traceuses compte tenu de leur lien avec la précarité et de leur impact sur la santé.
- Chez les hommes, on retrouve une surmorbidity (par rapport à la région PACA) dans les cantons regroupés particulièrement vulnérables : Marseille, Orange-Valréas et Cavaillon ainsi qu'à Martigues qui comporte une très forte proportion de bénéficiaires de la CMUC.
- Chez les femmes, les mêmes territoires sont concernés, à l'exception de Cavaillon. Salon est également en surmorbidity significative.

### Objectif opérationnels 3.3.1. Développer le dépistage du diabète de type 2

#### Publics cibles

Personnes vulnérables telles que définies dans le contexte général

#### Territoires cibles

Territoires prioritaires tels que définis dans le contexte général

#### Actions attendues

- Proposer une offre de dépistage complémentaire à celle déjà existante
- Organiser l'accompagnement au dépistage et au diagnostic dans une démarche de prévention plus globale

#### Indicateurs de suivi

- Nombre de personnes dépistées
- Nombre de personnes accompagnées dans une démarche de prévention globale
- Nombre de personne accompagnées vers un diagnostic

#### Recommandations :

Les actions à envisager seront complémentaires au dépistage opportuniste. Elles doivent s'inscrire dans un dépistage communautaire (c'est-à-dire par exemple à l'occasion d'une manifestation publique ou privée, d'un contact direct par courrier), par glycémie capillaire, par des personnels formés et/ou sous la responsabilité d'un professionnel de santé. Ceci dans le cadre d'une approche globale de prévention, associant en particulier le dépistage des facteurs de risques cardio-vasculaires.

L'accompagnement pour l'orientation au diagnostic ainsi que son suivi sont également des axes à développer. Les modalités du dépistage devront être simples afin de pouvoir toucher les publics vulnérables.

## Objectif général 4 : Améliorer l'identification des territoires vulnérables et mettre en œuvre les politiques territoriales appropriées pour réduire les inégalités de santé

Objectif opérationnels 4.1 : Mieux connaître et décrire les inégalités territoriales de santé, populationnelles et géographiques

### Actions attendues :

- Disposer d'un indicateur de défavorisation (il s'agit plutôt *a priori* d'en retenir un parmi ceux qui existent et non d'en définir un nouveau). Appliquer cet indicateur au niveau des cantons regroupés et des IRIS.
- Modéliser un diagnostic local intégrant des indicateurs épidémiologiques disponibles et un recueil de données qualitatives, dans une démarche méthodologique générale qui sera appliquée à des territoires prioritaires.
- Promouvoir des recherches-actions associant acteurs de terrain et équipes de recherche en visant à construire des modalités d'intervention qui dans l'idéal pourraient être modélisées. Cette démarche sera proposée en priorité sur certains thèmes qui seront définies en accord avec un groupe d'experts (ex. nutrition).

Objectif opérationnels 4.2 - Mieux articuler les politiques de santé avec les autres politiques publiques et favoriser le travail en réseau (santé environnement, ville, transports, éducation, culture, emploi, logement,...)

### Actions attendues :

- Dans les territoires les plus vulnérables, mettre en œuvre une démarche territoriale de promotion de la santé, associant la population, les élus et l'ensemble des institutions concernées dans un travail intersectoriel. Cette démarche s'appuiera sur une ingénierie locale (coordonnateur d'ASV ou équivalent dans les territoires hors CUCS). Elle bénéficiera d'un accompagnement apportée par les Délégations territoriales de l'ARS avec le soutien, notamment méthodologique, de l'ARS siège.
- Soutenir l'activité des Ateliers Santé Ville (ASV), ou des démarches similaires, définir des programmes territoriaux de santé qui pourront aboutir pour certains à des contrats locaux de santé (CLS) :
  - Dans la première période du schéma, accompagnement à poursuivre à Nice, à Arles, à Marseille avec la prévision d'un CLS 2, un CLS intercommunal à Martigues-Port de Bouc, à envisager à Port st Louis et Arles,
  - A développer ou à préciser à Tende, Breil sur Roya, dans le sud-ouest des Alpes de Haute Provence et l'extrême ouest des Hautes Alpes, Le Luc, Brignoles, Toulon/La Seyne sur Mer, Avignon, Orange, Bédarrides, Valréas, Bollène,
  - Dans la première période du schéma, soutien aux actions issues des démarches similaires (plan local de santé publique), en particulier dans le cadre d'un ASV.
- Promouvoir la participation des habitants à l'élaboration de politiques locales de santé, en termes d'attente, de besoins et d'implication. Dans la première période du schéma dans les villes bénéficiant d'un ASV, dans la deuxième période du schéma où les territoires où un ASV (ou démarche équivalente) serait **souhaitable**.
- Préserver la population des effets de la pollution atmosphérique et améliorer la qualité de l'eau dans les territoires de montagne (Programme Régional Santé Environnement 2).

### Recommandations :

Cette approche devra s'inscrire dans la durée, être coordonnée par les institutions partenaires et s'appuyer sur une animation territoriale.

Elle visera des territoires ou des quartiers très vulnérables et devra être à même de prendre en compte la question du logement (et plus largement du cadre de vie).

Elle sera déclinée pour chacun des partenaires au niveau de mise en œuvre qui est le sien.

Pour certains, elle pourra aboutir à la définition d'un CLS.

## **Objectif général 5 : Favoriser l'intégration des personnes malades dans la cité. Changer les représentations collectives de la maladie chronique, des troubles de santé mentale, du handicap et du vieillissement**

### **Actions attendues :**

- Offrir une visibilité sociale et assurer une mobilisation collective (des élus, des institutions, des citoyens...) sur le thème des troubles de santé mentale, des maladies chroniques, du handicap et du vieillissement
- Lutter contre les discriminations à l'égard des personnes vivant avec le VIH, présentant des troubles de santé mentale ou en situation de handicap

Ce plan d'actions a été rédigé en concertation avec les institutions, associations, experts de thématiques. Nous remercions toutes les personnes ayant collaboré à son élaboration.

## PILOTES REGIONAUX DU PLAN D'ACTION POPULATION GENERALE

Nicole Miroglio : 04 13 55 82 97 – [nicole.miroglio@ars.sante.fr](mailto:nicole.miroglio@ars.sante.fr)

Hervé Meur : 04 13 55 82 81 – [herve.meur@ars.sante.fr](mailto:herve.meur@ars.sante.fr)

[www.ars.paca.sante.fr](http://www.ars.paca.sante.fr)