

## Prévention et promotion de la santé en Région Centre-Val de Loire

### LES FONDAMENTAUX de la Direction de la Santé Publique et Environnementale

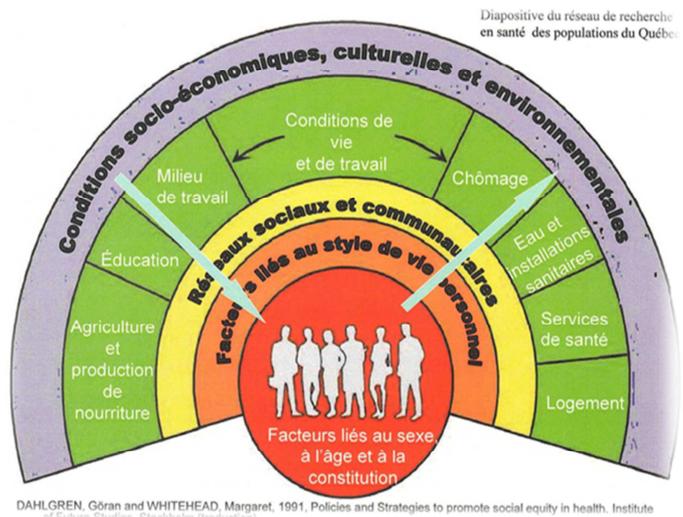
#### LES FONDEMENTS

##### Les déterminants de santé :

Il est acté maintenant depuis les travaux de Dahlgren et Whitehead, la nature des déterminants de santé qui conditionnent effectivement l'état de santé :

- des facteurs personnels : prédisposition génétiques et biologiques, expériences de la petite enfance, habitudes de vie, aptitudes des personnes, ressources physiques, psychologiques, sociales, habitudes de vie.
- des facteurs environnementaux : facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychologiques et esthétiques de notre environnement : qualité air, eau, habitat, transports, urbanisme, conditions de travail.
- des facteurs sociaux : niveau éducation, insertion sociale, milieu culturel, accès aux services, réseau de soutien social.
- des facteurs économiques : niveau de revenus, statut emploi.
- des facteurs liés aux services de santé : accès aux soins, qualité, sécurité des soins, accès aux progrès techniques, accessibilité, qualité et continuité des services de santé et des services sociaux, Continuum d'action pour promouvoir, prévenir, guérir et soutenir.

Ce qui est admis aujourd'hui, c'est le faible impact sur l'état de santé de l'organisation sanitaire, puisque celle-ci intervient pour 10 à 15%, quand bien même la plus grande partie des moyens soit aujourd'hui affectée au système de soin. Les études successives font évoluer la répartition en pourcentage de l'intervention des différents déterminants dans l'état de santé, mais il est admis que l'environnement social et économique est largement prédominant, voire aujourd'hui que le principal facteur serait celui de la cohésion sociale.



## Les inégalités de santé, sociales, territoriales, environnementales :

Si en France, les indicateurs, tel que l'espérance de vie attestent d'une amélioration de l'état de santé depuis les années 1970, l'écart important se maintient entre les catégories socio-professionnelles (en 2016, selon les données INSEE les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers). Il est également démontré aujourd'hui que les inégalités prennent la forme d'un gradient social de santé, reflétant la hiérarchie sociale (HCSP, 2009). Les conditions socio-économiques conditionnent l'état de santé.

C'est le **concept de gradient social** : il décrit le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement en-dessous d'eux, qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en-dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons » [Rapport BLACK (1980) cité par A. SEN, « Why health equity », 2009].

La fréquence des problèmes de santé augmente régulièrement des catégories sociales les plus favorisées aux catégories sociales les plus défavorisées.

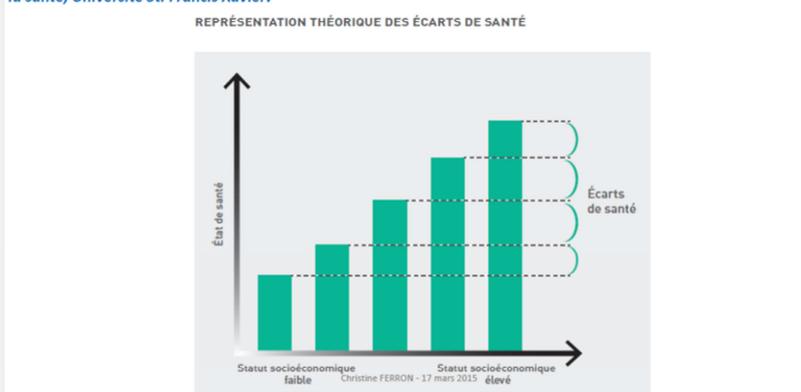
A chaque position sociale correspond un niveau de ressources (matérielles et psychosociales) et une exposition à un certain nombre de facteurs de risque. C'est la combinaison entre les ressources et les risques qui vont produire les différences sociales de santé (Moleux 2011).

Les inégalités de santé sont donc des différences d'états de santé systématiques non liées au hasard entre groupes sociaux. Elles s'installent dès l'enfance, ce qui explique en partie leur reproductibilité d'une génération à l'autre. Systématiques et socialement construites, ces inégalités de santé sont donc

injustes et potentiellement modifiables par déconstruction.

**La période de la petite enfance constitue une priorité pour la réduction des ISTS** : les enfants dont les premières années de vie (incluant la période foetale) les exposent à différentes carences (tant sur le plan affectif que matériel) et expositions nocives sont davantage susceptibles de souffrir de

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (2013). Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé : Parlons-en. Antigonish (N. É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.



problèmes de santé et d'handicap dans leur vie adulte, de ne pas obtenir un diplôme, de dépendre des soutiens de l'état, de subir précarité et conditions d'emploi difficiles, d'addiction, d'être victimes ou perpétrateurs de violence, etc. Ainsi les enfants défavorisés par leurs conditions durant la petite enfance sont davantage susceptibles de voir leurs propres enfants subir ces mêmes carences et expositions défavorables (WHO Regional Office for Europe & UCL Institute of Health Equity, 2013).

S'attaquer au problème des inégalités sociales et territoriales de santé en priorisant les actions **améliorant les conditions de vie des enfants** pourrait non seulement avoir des effets à moyen et long terme sur ces inégalités mais aussi permettre de fédérer autour d'un même projet les différents acteurs de la région préoccupés par cette situation.

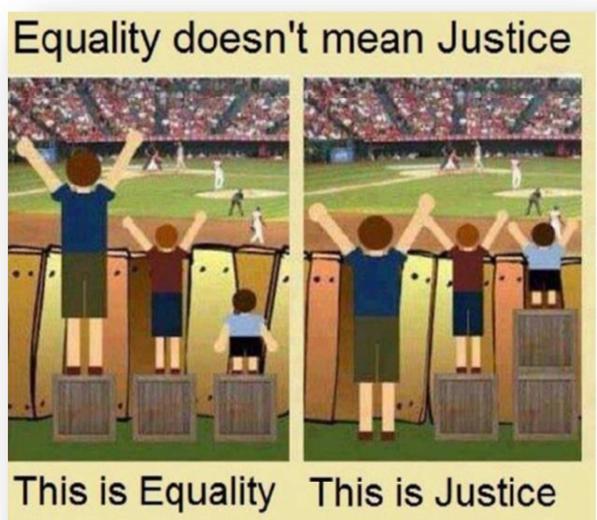
Par ailleurs les inégalités de santé sont encore largement perçues sous l'angle de la dyade groupes vulnérables- groupes non vulnérables alors que ces inégalités sont liées au gradient social. Ainsi l'amélioration de l'accès aux soins des plus démunis monopolise une part significative des ressources aujourd'hui, alors que ***l'amélioration de l'état de santé de la population exige des actions de promotion de la santé, d'éducation à la santé et de prévention adaptées aux publics.***

L'action sur le gradient social n'est pas une action visant exclusivement les populations les plus défavorisées : cela suppose de combiner une action sur l'ensemble de la population (approche universelle) et une action différenciée selon les publics (approche ciblée).

Une intervention offerte à tous (universelle) a le potentiel de soutenir l'ensemble de la population et de favoriser le bien-être de tous les niveaux socio-économiques.

Cependant, ces interventions négligent une tranche importante de la population, c'est-à-dire ceux qui ont besoin d'un soutien accru et qui sont plus difficiles à atteindre.

Une intervention uniquement dédiée aux personnes les plus en difficulté présente, au-delà de son inefficacité sur la réduction des ISTES, présente un risque de stigmatisation (eux/nous – selon la formule imagée du Professeur Eric BRETON).



Un concept défini par Sir Michael Marmot [*"Fair Society, Healthy Lives: A Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010"*] est celui **d'universalisme proportionné** : « Viser exclusivement les plus défavorisés ne réduira pas suffisamment les inégalités de santé. Pour aplanir la pente du gradient social, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale. C'est ce que nous appelons l'universalisme proportionné".

### **Le principe des 4E : éthique, équitable, efficace et efficiente**

Dans l'idéal, une intervention de prévention/promotion de la santé doit être :

#### **1. Ethique**

Respecter les choix et libertés individuelles.  
Ne pas comporter de critique ou de jugement  
Ne pas utiliser certains leviers d'action tels que la stigmatisation, l'injonction, la culpabilisation, l'infantilisation ou la menace.

#### **2. Equitable**

Lutter contre les ISTS.  
Mettre en œuvre le concept d'universalisme proportionné défini ci-dessus.

#### **3. Efficace**

La littérature scientifique montre qu'une proportion importante d'interventions de prévention et de promotion de la santé n'ont pas d'efficacité ; et une minorité ont des effets inverses à ceux espérés, ou des effets secondaires indésirables.

Il est indispensable de :

- S'appuyer sur des approches robustes,
- Eviter de partir de zéro et ainsi gagner en temps et en qualité,
- Partir de résultats ou de recherches déjà menées, certaines sur une très longue durée pour utiliser le savoir accumulé.

#### **4. Efficiente**

Le choix doit se porter sur des interventions efficaces qui sont les moins coûteuses par rapport aux résultats attendus comparativement à d'autres interventions.



## LES PRIORITES REGIONALES EN PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE

Les projets soutenus par l'ARS CVL devront correspondre aux critères expliqués ci-dessous. Chacun de ces critères est en lien et donne du sens aux différentes rubriques du dossier de demande de subvention téléchargeable sur le site de l'ARS. Chaque promoteur veillera à faire correspondre son programme et ses projets à ces attendus.

Les priorités qui suivent permettent soit d'expliquer pourquoi le programme ou le projet répond aux critères de qualité ; soit de définir les modalités à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs annoncés.

Par ailleurs, et afin d'accompagner les promoteurs dans l'élaboration des différentes étapes de leurs projets, la grille ASPIRE (Appréciation et Sélection de Programmes de Prévention issues de la Revue des standards de qualité « EDPQS »), sera l'outil d'aide à la sélection des programmes de prévention, quelles que soient les thématiques. Les éléments figurent en annexe et sont téléchargeables sur le site de l'ARS.

Cet outil constituera à l'avenir le support commun de dialogue avec les instructeurs de l'ARS dans l'appréciation de la qualité des programmes et projets.

### 1) Développer l'acquisition et le renforcement des compétences psycho-sociales :

L'organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les compétences psycho-sociales comme « **la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude 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 psycho-

sociales 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 de problèmes de santé.

Une priorité doit être accordée au développement des compétences psycho-sociales notamment chez les jeunes et très jeunes (liens avec le soutien à la parentalité).

En 1993, l'OMS a fait émerger 10 aptitudes essentielles pour faire face aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne :

- Savoir résoudre les problèmes / Savoir prendre des décisions,
- Avoir une pensée créative / Avoir une pensée critique,
- Avoir conscience de soi / Avoir de l'empathie pour les autres,
- Savoir gérer son stress / savoir gérer des émotions,
- Savoir communiquer efficacement / Etre habile dans les relations interpersonnelles.

#### ► Documents à télécharger :

[CPS-document FRAPS 1.pdf](#) ; [CPS-document FRAPS 2.pdf](#) ; [CPS-Biblio Ottawa.pdf](#)

### Domaines ou orientations spécifiques s'inscrivant dans le cadre précité du développement des compétences psycho-sociales :

- Améliorer l'accès à l'activité physique et à l'alimentation équilibrée,
- Améliorer la santé mentale,
- Améliorer la capacité de faire face (comportements ; addictions ; campagne Moi (s) sans tabac, maladies chroniques),
- Améliorer la santé sexuelle (sexualité respectueuses, satisfaisante et à moindre risque, améliorer les dépistages),
- Améliorer le taux des vaccinations obligatoires et recommandées (hors missions des dispositifs CLAT, Centres de vaccination, CEGIDD),
- Améliorer l'accès aux dépistages organisés (hors missions des structures assurant la gestion des dépistages organisés des cancers).

## 2) Agir sur les déterminants de santé liés à l'environnement :

Les priorités d'actions de l'ARS en santé-environnement sont identifiées dans le 3<sup>ème</sup> Plan régional santé environnement (PRSE3), publié le 14 février 2017. Il s'agit :

- d'une part d'améliorer la connaissance de l'exposition de la population aux facteurs environnementaux,
- d'autre part de donner toute sa place à la prévention pour la réduction des expositions environnementales, en accompagnant et en valorisant les actions locales probantes.

Les thématiques prioritaires du PRSE3 correspondent aux 4 axes majeurs, autour desquels il est construit :

- La qualité de l'air intérieur,
- La qualité de l'air extérieur et faune/flore à risque sanitaire,
- L'eau et les substances émergentes,
- La santé, l'environnement et les territoires.

**L'ARS Centre-Val de Loire souhaite également agir en priorité auprès des femmes enceintes et des jeunes enfants de la naissance aux 1000 premiers jours, afin de limiter leurs expositions à des facteurs environnementaux (notamment aux perturbateurs endocriniens dans le cadre de l'alimentation ou à la qualité de l'air intérieur). Ceci s'inscrit pleinement dans l'action 8 du PRSE3 qui a pour objet d'améliorer la qualité de l'air intérieur au domicile des personnes vulnérables.**

Les modalités de financement des projets santé-environnement évoluent. Des conventions pluriannuelles relatives à programmes d'actions régionaux et correspondants aux priorités d'actions précédemment citées seront établies avec les promoteurs. (Air extérieur, Ambroisie, Air intérieur – conseillers médicaux en environnement intérieur, Prévention santé-environnementale autour des 1000 premiers jours)

Pour les autres programmes d'actions innovants en santé-environnement sur les thématiques du PRSE3, et en lien avec les actions santé-environnement sur les CLS, une campagne d'appel à projets ARS/DREAL est organisée.

Les dossiers de demande de subvention santé-environnement sont à envoyer par voie électronique à l'adresse courriel suivante :

**ars-cvl-sante-environnement@ars.sante.fr.**

**Date d'ouverture de dépôt des dossiers : 2 mars 2020**

**Date limite de dépôt des dossiers : 14 avril 2020 - 16h00**

▶ Document à compléter parallèlement au dossier de demande de subvention à télécharger sur Internet :  
Formulaire CERFA n°12156\*05

## 3) La mise en œuvre de programmes probants et /ou prometteurs :

La Direction générale de la santé, qui pilote le développement d'une prévention scientifiquement fondée en s'inscrivant dans les préconisations de la Stratégie nationale de santé, a confié à Santé publique France, la mise en place d'un registre français d'interventions validées ou prometteuses. La création de cette plateforme permet l'articulation et la diffusion des innovations entre la recherche et les pratiques de terrain.

<https://www.santepubliquefrance.fr/apropos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante/repertoire-des-interventions-efficaces-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante>

À ce jour, plus de 80 programmes sont recensés par Santé Publique France (SpF) dans différents domaines : addictions, maladies transmissibles et non transmissibles, nutrition et activité physique, parentalité, enfance et jeunes, précarité, réduction des inégalités, santé au travail, santé mentale, santé sexuelle, vaccination, vieillissement...

L'ARS Centre-Val de Loire s'inscrit de façon volontariste dans le déploiement des programmes probants et/ou prometteurs.

Ils sont appelés à remplacer les projets réalisés, souvent de façon annuelle ou ponctuelle, sans impact démontré sur les comportements des publics cibles.

« L'intégration de données probantes dans un projet en promotion de la santé ne suffit pas à le rendre lui-même probant.

Les responsables de programmes ont également à s'assurer de l'efficacité de leur méthodologie d'intervention, basée sur la recherche scientifique, et d'une démarche d'évaluation rigoureuse de l'impact et de la qualité de l'action. En fonction des résultats, l'action peut être considérée comme probante ou non » (Force de FRAPS 2017 page 6).

► Lien : [FORCE DE FRAPS 2017](#)

#### 4) L'Universalisme proportionné, un principe d'action fondamental :

L'universalisme proportionné incite à la mise en place de programmes d'actions universelles avec un objectif de « santé pour tous », avec une intensité proportionnelle aux besoins et aux obstacles. Il a pour ambition de lisser le gradient social, origine des inégalités sociales en santé. Il permet des actions pertinentes, modulables en fonction des besoins, à l'inverse d'une approche universaliste qui offre à tous les mêmes ressources sans distinction. En effet, l'approche universelle peut accentuer le gradient social, en ayant un impact plus important sur les personnes déjà favorisées et peu dans le besoin.

#### Agir précocement et de manière universelle en direction des populations identifiées :

*Femmes enceintes/ jeunes parents / enfants de moins de 3 ans / Enfants et adolescents.*

La période de la petite enfance constitue une priorité réaffirmée par la stratégie nationale de santé, pour la réduction des Inégalités sociales et territoriales de santé. Il convient de renforcer dès les premières années et particulièrement lors des 1000 premiers jours de la vie, les actions de prévention, en faisant appel à l'ensemble des acteurs des champs sanitaire, éducatif, et social, et en y associant les parents. Sur le champ de la parentalité il importe que les mesures d'accompagnement des parents soient menées en concertation et en complémentarité sur un mode pluri-institutionnel.

Cet objectif prioritaire d'actions sur les « 1000 premiers jours » a vocation à mobiliser de nombreux acteurs dont les professionnels d'établissements de santé, le réseau régional

périnatalité, la PMI et les autres professionnels de la petite enfance...

#### Agir de manière proportionnée en adaptant les stratégies :

##### Aux populations ciblées :

- aux caractéristiques des populations au sein des territoires (quartiers politiques de la ville, zones de revitalisation rurale, autres),
- aux personnes porteuses de maladies chroniques (via l'Education thérapeutique du patient),
- aux personnes en situation en handicap,
- aux personnes « majeurs protégés »,
- aux personnes en très grande précarité,
- aux personnes migrantes,
- aux gens du voyage,
- aux personnes détenues ou sous mains de justice,
- aux personnes âgées,
- autres populations spécifiques.

##### En déployant la politique de « l'aller vers » :

L'enjeu est de promouvoir les capacités d'innovation des acteurs du champ de la promotion de la santé et de la prévention permettant d'aller à la rencontre des publics les plus fragiles ou les plus éloignés du système de santé.

##### En s'appuyant sur la littératie en santé (ou alphabétisation en santé) :

Elle se définit comme « la capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie ».

Porter le « plaidoyer de la prévention », le rendre lisible et audible par l'utilisateur, quel que soit son lieu de vie, cela signifie s'appuyer :

- sur des outils et des supports adaptés aux publics visés et élaborés par les professionnels de l'éducation pour la santé, de la prévention et de la promotion de la santé,

- sur les médias grands publics et autres canaux d'information (réseaux de partenariats, réseaux locaux, clubs, associations, les réseaux de l'Education populaire, etc.),
- sur les nouvelles technologies de la communication : Internet, réseaux sociaux, e-santé,

En respectant les critères de qualité reconnus par Santé publique France (extrait du cahier des charges 2019 de l'AAP régional du fonds addictions) :

**Les programmes doivent avoir une certaine intensité (entre 6 et 14 séances d'1 à 2 heures), régularité (rythme hebdomadaire) et durée (plusieurs mois).** C'est sans doute une condition importante à l'acquisition et au renforcement des compétences.

**Le plus souvent, les programmes travaillent les trois catégories de compétences (cognitives, émotionnelles et sociales).** Ces dernières sont interdépendantes, inter reliées et s'équilibrent les unes les autres. A minima les programmes travaillent des compétences émotionnelles et relationnelles. Elles sont des facteurs de protection essentiels dans le parcours de vie. Les compétences cognitives sont également importantes mais elles bénéficient déjà d'un dispositif d'acquisition universel et structuré (l'école). Par ailleurs, un travail cognitif alimente et/ou découle du travail sur les dimensions émotionnelles et affectives, notamment lors des phases de discussions ou de débriefing des séances. En revanche, il n'existe pas encore de dispositif universel et structuré visant à soutenir le développement des compétences socio-émotionnelles

**Le travail sur les compétences psychosociales doit être expérientiel.** Il doit s'exercer dans le cadre de mises en situations et de jeux de rôle nécessaires à l'expérimentation des compétences et des apprentissages qui en résultent.

La seule approche didactique, cognitive ou intellectuelle (informations, explications, discussions) n'est pas suffisante pour développer les compétences émotionnelles et sociales.

**Les programmes sont structurés** et disposent d'un manuel pour les intervenants. Un ordre de séances est proposé pour travailler les compétences ainsi que leurs modalités de travail. Cette structure sert de cadre pour l'usager (qualité minimale de service pour tous) et pour le professionnel (référentiel de pratique) en particulier dans ses premières années d'exercice. Le déroulé du programme est souvent structuré pour des raisons théoriques et pratiques. A terme, il est donc susceptible d'évoluer.

**Les intervenants sont formés.** La mise en œuvre du programme, de par la structuration de l'intervention dans ses contenus et ses modalités de travail, nécessite une formation préalable. Le plus souvent les durées de formation sont au minimum de deux jours. Elles doivent absolument comporter une dimension d'application (animation des jeux de rôle, mise en situation, gestion du groupe ...).



## CRITERES DE QUALITE EN METHODOLOGIE DE PROJET

Lors de l'étude des projets, une attention particulière sera apportée à votre programme/projet sur la base de la grille ASPIRE - Appréciation et Sélection de Programmes de Prévention issues de la Revue des standards de qualité « EDPQS » – outil d'aide à la sélection des programmes de prévention prometteurs.

Elle offre une base d'appréciation solide et harmonisée entre les territoires sur la qualité des programmes, en complément du CERFA N°12156\*05.

La grille ASPIRE s'appuie sur les standards de sélection de programme dédiée aux financeurs et commanditaires de prévention.

En réorganisant ces éléments, parfois en les complétant, ASPIRE vise à offrir une meilleure fluidité dans l'appréciation des composantes du programme et une bonne complémentarité avec le formulaire CERFA N°12156\*05.

Votre programme de prévention sera examiné à l'aune des standards de qualité de la grille ASPIRE.

Ces derniers sont répartis selon quatre axes :

- 1) l'analyse des besoins,
- 2) l'élaboration du programme,
- 3) la conception de l'intervention,
- 4) la gestion et la mobilisation des ressources.

Chacun de ces standards sera noté sur 5 ou sur 10 par les évaluateurs. Pour rendre son avis, l'évaluateur se référera aux éléments concrètement fournis dans ce projet écrit, ainsi que dans le formulaire CERFA N°12156\*05, pour un traitement équitable des candidatures.

En suivant cette grille, vous pouvez vérifier simplement le degré de satisfaction des 12 standards qui seront considérés pour la sélection des programmes les plus prometteurs. Si certains standards sont inapplicables car non pertinents ou irréalisables à ce moment de l'histoire de votre programme de prévention, il est pertinent d'en préciser le pourquoi.

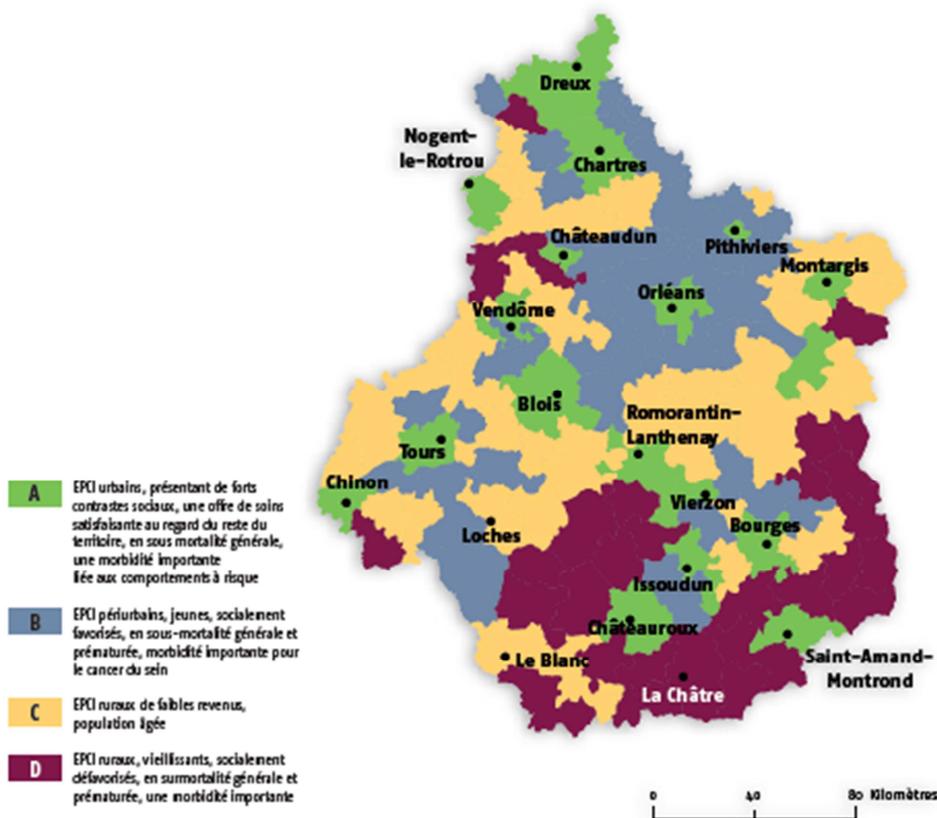
En 2010, le Partenariat européen de prévention, un consortium regroupant des universités, organismes scientifiques, institutions de santé ou de prévention, a élaboré les standards de qualité européens en prévention des usages de drogues dits « EDPQS » : *European Drug Prevention Quality Standards*. Ce partenariat pluridisciplinaire et multiculturel de chercheurs, professionnels et institutionnels a développé ces standards afin de guider l'élaboration, la planification et la diffusion de programmes de qualité, offrant les meilleures chances d'impacter positivement les publics destinataires des réponses de prévention. Les standards « EDPQS » ont été construits grâce à une revue internationale de guides et travaux scientifiquement validés (*evidence-based*). Ils sont reconnus par la Commission européenne, qui a financé leur élaboration. Ils sont décrits dans leur entier dans un manuel et ont fait l'objet, en 2015, de plusieurs matériels.

# Les inégalités sociales et territoriales de santé en Centre-Val de Loire

## Carte « Typologie globale »

### Résultats de la typologie en 4 classes après consolidation

	Nombre d'EPCI après consolidation	Nombre d'habitants au RP 2011	de la population au RP 2011
Classe A	18	1 350 577	52,8 %
Classe B	42	4 951 200	19,4 %
Classe C	38	4 791 118	18,7 %
Classe D	29	2 265 336	8,9 %
Ensemble	127	25 513 351	100 %



Les inégalités sociales et territoriales de santé en Centre-Val de Loire

Document issu de rapport de l'ORS Centre-Val de Loire sur les inégalités sociales et territoriales de santé en centre-Val de Loire – Edition 2015.

[http://www.orscentre.org/images/files/publications/inegalites\\_de\\_sante/Rapports/inegalites\\_2015.pdf](http://www.orscentre.org/images/files/publications/inegalites_de_sante/Rapports/inegalites_2015.pdf)

# Caractéristiques des classes A, B, C, D

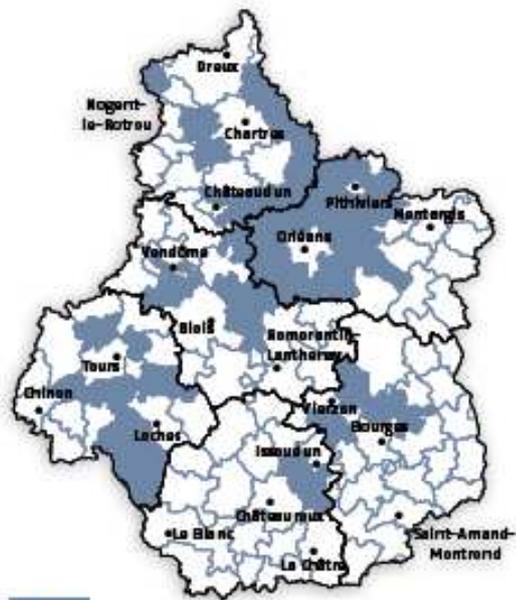
**EPCI urbains, présentant de forts contrastes sociaux, une offre de soins satisfaisante au regard du reste du territoire, en sous mortalité générale, une morbidité importante liée aux comportements à risque**



**A**

EPCI urbains, présentant de forts contrastes sociaux, une offre de soins satisfaisante au regard du reste du territoire, en sous mortalité générale, une morbidité importante liée aux comportements à risque.

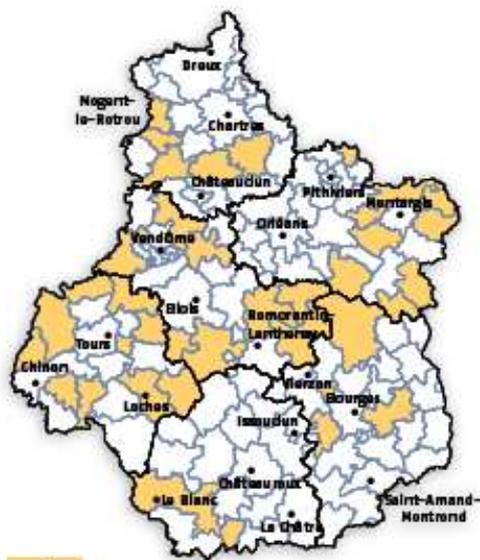
**EPCI périurbains, jeunes, socialement favorisés, en sous-mortalité générale et prématurée, morbidité importante pour le cancer du sein**



**B**

EPCI périurbains, jeunes, socialement favorisés, en sous-mortalité générale et prématurée, morbidité importante pour le cancer du sein

**EPCI ruraux de faibles revenus, population âgée**



**C**

EPCI ruraux de faibles revenus, population âgée

**EPCI ruraux, vieillissants, socialement défavorisés, en surmortalité générale et prématurée, une morbidité importante**



**D**

EPCI ruraux, vieillissants, socialement défavorisés, en surmortalité générale et prématurée, une morbidité importante



## VOS CONTACTS :

Pour tout renseignement complémentaire, il vous est possible de contacter :

- Les personnes suivantes au sein de la Délégation départementale de l'ARS de votre département pour tout ce qui relève de l'instruction des dossiers.

<p align="center"><b>Délégation Départementale du 18</b></p> <p>Mme Naima MOUSALLI naima.mousalli@ars.sante.fr 02.38.77.33.21</p>	<p align="center"><b>Délégation Départementale du 28</b></p> <p>Mme Nathalie KURZAWA nathalie.kurzawa@ars.sante.fr 02.38.77.33.55</p>	<p align="center"><b>Délégation Départementale du 36</b></p> <p>Mme Christine LAVOGIEZ christine.lavogiez@ars.sante.fr 02.38.77.33.96</p>
<p align="center"><b>Délégation Départementale du 37</b></p> <p>Mme Angèle RABILLER angele.rabiller@ars.sante.fr Tél : 02 38 77 34 24</p>	<p align="center"><b>Délégation Départementale du 41</b></p> <p>Mme Annick VILLANFIN annick.villanfin@ars.sante.fr 02.38.77.34.91</p>	<p align="center"><b>Délégation Départementale du 45</b></p> <p>Mme Céline JAMET celine.jamet@ars.sante.fr 02.38.77.47.36</p>

- Les personnes suivantes au titre de l'appel à projets ARS/DREAL pour tout ce qui relève de l'instruction des dossiers.  
**Mme Anne MARQUIS** ☎ 02.38.77.47.44  
**M. Christophe CORBEL** ☎ 02.38.77.47.95
- La personne suivante au sein du département « Prévention et Promotion de la Santé » de l'ARS Centre-Val de Loire, pour tout ce qui relève de la mise en paiement de toutes les subventions accordées.  
**Mme Nadiège MARTINIERE** ☎ 02.38.77.39.34



## OU S'ADRESSER POUR OBTENIR DES CONSEILS POUR LA REDACTION DE VOTRE PROJET

Pour vous aider dans la rédaction de votre dossier, vous êtes invités à vous rapprocher de votre antenne départementale de l'Instance Régionale d'Education pour la Santé (IREPS) pour obtenir des conseils méthodologiques et notamment sur la définition des projets attendus au titre du développement des compétences psycho-sociales.

### Coordonnées des antennes FRAPS IREPS

CHER	EURE-ET-LOIR	INDRE
<p><b>Antenne 18</b> 17, Allée René Ménard 18000 BOURGES Tel : 02 48 24 38 96 Fax : 02 48 24 37 30</p> <p>antenne18@frapscentre.org www.frapscentre.org</p>	<p><b>Antenne 28</b> Hôtel Dieu 34, rue du Dr Maunoury 28018 CHARTRES cedex Tel : 02 37 30 32 66 Fax : 02 37 30 32 64</p> <p>antenne28@frapscentre.org www.frapscentre.org</p>	<p><b>Antenne 36</b> 73, rue Grande 36000 CHATEAUROUX Tel : 02 54 60 98 75 Fax : 02 54 60 96 23</p> <p>antenne36@frapscentre.org www.frapscentre.org</p>
INDRE-ET-LOIRE	LOIR-ET-CHER	LOIRET
<p><b>Antenne 37</b> 54 rue Walvein 37000 TOURS Tel : 02 47 25 52 83 Fax : 02.47.37.28.73</p> <p>antenne37@frapscentre.org www.frapscentre.org</p>	<p><b>Antenne 41</b> 34 avenue Maunoury 41000 BLOIS Tel : 02 54 74 31 53 Fax : 02 54 56 04 30</p> <p>antenne41@frapscentre.org www.frapscentre.org</p>	<p><b>Antenne 45</b> 5, rue Jean Hupeau 45000 ORLEANS Tel : 02 38 54 50 96 Fax : 02 38 54 58 23</p> <p>antenne45@frapscentre.org www.frapscentre.org</p>