



PREVENTION – PROMOTION DE LA SANTE

Cahier des charges 2019

PLAN D'ACTION

PERSONNES VIEILLISSANTES

SCHEMA REGIONAL DE SANTE

PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR 2018-2023



LA PROMOTION DE LA SANTE

La promotion de la santé est définie comme un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci.

Le terme de « promotion de la santé » a été retenu internationalement en 1986 car il renvoie à des valeurs communes, définies notamment par la Charte d'Ottawa. Différents concepts ont enrichi depuis la définition de base, tels que le gradient social et les inégalités sociales et territoriales de santé, l'importance d'agir dans les milieux de vie, la place centrale de la santé environnementale, ou encore l'universalisme proportionné.

Alors que la prévention est associée principalement au secteur de la santé, agir en promotion de la santé signifie que l'on intervient en coordination avec tous les acteurs qui peuvent avoir une action sur les déterminants de la santé : éducation, travail, transports, urbanisme,...

La réunion des cinq axes suivants permet de définir la stratégie de la promotion de la santé dans laquelle se positionneront les actions de prévention :

- contribuer à des politiques publiques qui visent à inscrire des mesures favorables à la santé dans les secteurs où celle-ci n'est pas le domaine d'intervention principal (législation, fiscalité, justice, éducation, environnement, travail, aide sociale, organisation des services, etc.) ;
- créer des milieux favorables à la santé (air intérieur et extérieur, lieux de vie et de travail, transports collectifs, accessibilité, etc.) ;
- renforcer l'action collective/communautaire en donnant la possibilité aux différents groupes de participer à la prise de décisions et à l'élaboration des stratégies de planification pour atteindre un meilleur niveau de santé ;
- développer des aptitudes individuelles en offrant des informations, en assurant l'éducation pour la santé et en perfectionnant les compétences psychosociales pour donner aux personnes les moyens de faire des choix favorables à leur propre santé ;
- réorienter les services de santé pour qu'ils ne délivrent pas seulement des soins médicaux, mais qu'ils facilitent et prennent en compte l'expression des personnes et des groupes, qu'ils participent à l'éducation pour la santé et qu'ils travaillent en partenariat.

Ce Plan d'actions s'inscrit dans le cadre du PRS 2 dont il est la déclinaison en termes de prévention promotion de la santé à destination des personnes vieillissantes de 55 ans et plus, résidant à domicile. Il est également la traduction du Plan National de Santé Publique et intègre les dispositifs introduits par la Loi d'adaptation de la société au vieillissement du 14 décembre 2015, notamment la mise en place des Conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

Territoires prioritaires pour l'appel à projets :

La liste des territoires prioritaires dans le cadre du plan d'actions « PV-PH » a été définie selon une priorisation prenant en compte les critères suivants :

- Le degré de « fragilité des personnes vieillissantes » selon l'Observatoire Régional des Fragilités Sociales de la CARSAT, qui prend notamment en compte la notion d'inégalités territoriales de santé ainsi que celle d'isolement des personnes vieillissantes (données 2016 par commune) ;
- Les territoires présentant un IDS (Indice de Désavantage Social) de rang 4 et 5 ;

- Les territoires comportant au moins un quartier prioritaire au regard de la politique de la ville (QPV) ;
- Le taux et le nombre de personnes de plus de 55 ans concernés par la précarité sur le territoire.

Chaque dossier fera l'objet d'une instruction. Les projets seront priorisés. L'offre déjà existante sur le sujet et le territoire concerné sera bien entendu prise en compte dans la priorisation. Ainsi, seuls les territoires ne disposant pas à ce jour d'une offre existante sont identifiés et ouverts à la candidature au sein de cet appel à projets.

Types d'actions attendues :

Concernant les actions à destination des personnes vieillissantes, les ateliers collectifs seront à privilégier.

Comme lors des appels à projets précédents, restent exclues du financement :

- les actions de formation ;
- l'activité de coordination ;
- les activités inhérentes aux missions dévolues aux services ;
- les actions ponctuelles de caractère évènementiel telles que les colloques, journées, séminaires, semaines, etc. ;
- les dépenses et frais de structure (sauf celles inhérentes à l'action, dans la limite de 10% maximum du montant total de l'action).

Critères de sélection des projets :

Les actions s'attacheront à développer :

- L'information, la sensibilisation, l'éducation des publics cibles, principalement sous la forme d'ateliers collectifs ;
- La participation des publics cibles en tant qu'acteurs de leur santé, dès la conception du projet, pendant son déroulement et son évaluation ;
- Le partenariat pour associer les professionnels concernés par les thématiques ;
- Leur cohérence au sein d'un même territoire de proximité ;
- La réduction des Inégalités Sociales et Territoriales de Santé à travers l'adaptation des méthodes et outils d'intervention selon le principe de l'universalisme proportionné ;
- La référence à des modalités d'intervention et données probantes.

Qualité des projets présentés :

Description de l'action :

Les promoteurs de projets exposeront précisément et de façon argumentée :

- la ou les problématiques visées ;
- les objectifs (clairs, réalistes, pertinents et chiffrés) ;
- les modalités précises de chaque activité composant le projet :
 - le contenu pédagogique
 - les déterminants de santé sur lesquels l'action interviendra
 - les moyens mis en œuvre pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé
 - les références bibliographiques
 - les références aux actions et données probantes ;
- dans le cas d'un partenariat, les promoteurs devront tout particulièrement détailler ses modalités concrètes d'organisation (procédures, conventions, ...) et l'intégrer dans l'évaluation de l'action.

Évaluation :

Les promoteurs devront présenter les indicateurs d'évaluation retenus :

- pour suivre la mise œuvre de leur projet (tableaux de bord) ;
- pour apprécier son efficacité (résultats intermédiaires et résultats finaux) ;
- pour agir sur les déterminants de la santé ;
- pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Démarche qualité :

La démarche «Qualité des actions en promotion de la santé » est présentée par l'INPES dans un guide d'autoévaluation spécialement conçu pour les projets menés par les associations. Son utilisation est recommandée pour l'élaboration et le suivi des projets.

Dispositions diverses :

- Les organismes et institutions disposant de fonds dans le cadre de leur politique doivent les utiliser même s'il s'agit d'actions intégrées au Plan d'actions.
- Les porteurs de projets devront s'attacher à rechercher des co-financements ainsi qu'à assurer une complémentarité avec les autres projets existants sur le territoire. Dans cette optique, les promoteurs d'actions sont fortement incités à entrer en contact avec la « Conférence Départementale des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie » relevant de leur département.

LE PLAN D' ACTIONS PERSONNES VIEILLISSANTES

Si la France se situe au 3^{ème} rang des Etats de l'Union Européenne pour l'espérance de vie à la naissance des femmes, elle n'est plus qu'au 10^{ème} rang pour l'espérance de vie à 50 ans sans incapacité pour les femmes et au 11^{ème} rang pour les hommes. En 2017, l'espérance de vie en France atteint 79,1 ans pour les hommes et 85,1 ans pour les femmes). En Paca, elle est respectivement de 79,4 ans et 85,3 ans.¹¹ L'espérance de vie sans limitation d'activité était inférieure à cinq ans à celle des pays les mieux classés (68 ans pour les hommes, 69,7 ans pour les femmes).

Incapacités : En PACA, 95% des personnes de 60 ans et plus vivent à domicile. L'enquête handicap santé volet ménages de 2008 montre que 86% des personnes seraient atteintes de troubles visuels et/ou auditifs, 44% d'une atteinte motrice et 30% de troubles intellectuels et/ou psychiques.

« Plus que le vieillissement ou l'espérance de vie, l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité est la variable déterminante des défis sociaux et financiers auxquels notre société devra faire face en matière de perte d'autonomie, sur laquelle il est possible d'agir par une politique déterminée en matière de prévention ».

Il est important à tout âge et plus encore à partir de 55 ans d'adopter des conduites favorables au bien vieillir » car c'est à partir de cet âge que s'installe l'ostéoporose et que commence à apparaître le début de la sarcopénie physiologique. Ce plan d'actions s'adresse donc aux personnes de plus de 55 ans aussi bien celles encore en activité que celles qui ont quitté la vie active et qui vivent à domicile. Gradation des actions en fonction de l'âge.

C'est entre 50 et 70 ans qu'il est possible pour la population autour de l'âge de la retraite d'organiser une prévention ciblée et une vie active et adaptée pour maintenir au plus haut niveau ses performances et ainsi prévenir ou retarder l'apparition de pathologies ou d'incapacités. Il est important

¹ Source : Insee, statistiques de l'état civil et estimations de population 2017
https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/192/espa.rance.de.vie.par.a.ge.simplifia.2015.fr.xls

à tout âge et plus encore entre 55 et 75 ans d'adopter des conduites favorables au bien vieillir » (entre 55 et 65 ans apparition du début de la sarcopénie physiologique).

Ce Plan vise à inciter les seniors à adopter des attitudes positives pour un vieillissement en bonne santé. Il cible les personnes à partir de 55 ans.

Il contribue ainsi à l'amélioration de la qualité de la vie en prévenant l'apparition ou l'aggravation des incapacités fonctionnelles et le risque de désocialisation.

Le **fil conducteur** est donc de **maintenir en bonne santé la personne qui avance en âge**, ce qui permet de **retarder l'âge d'entrée dans la dépendance**. Il s'agit donc d'agir sur la totalité du parcours de vie en axant sur la qualité de vie.

La qualité de vie englobe le développement du rôle social des personnes de 55 ans et plus. Ceci nécessite donc une amélioration de la représentation que la personne a d'elle-même, et une modification du regard de la société.

Ce fil conducteur doit être décliné sur **deux volets complémentaires** :

- La **modification des comportements des personnes** afin qu'elles adoptent des **conduites favorables** au bien vieillir permettant de prévenir l'apparition ou l'aggravation d'incapacités fonctionnelles, et qu'elles deviennent actrices de leur santé

- La **modification de l'environnement physique, social, individuel et collectif** pour qu'il soit favorisant pour le développement du bien vieillir.

La **notion de parcours** de vie implique que la prévention et promotion de la santé soient également prises en compte :

- d'une part dans le volet soins en établissement et en ambulatoire. En particulier pour permettre des retours à domicile durables, il est indispensable que les services de soins assurent une prévention de la perte d'autonomie globale dont notamment une prévention et un dépistage systématique de la dénutrition (cf. supra)

- et d'autre part dans le volet médico-social, notamment au travers de la formation du personnel.

La prévention à destination des personnes âgées en établissements relève des missions desdits établissements. Elle est à inscrire dans les CPOM, Projets d'établissements, conventions tripartites, appels à projets médico-sociaux. Elle relève de la Direction de l'offre médico-sociale, en articulation avec le Direction Santé Publique et Environnementale.

La priorisation des problèmes de santé fait ressortir les problématiques suivantes :

- ⇒ les chutes
- ⇒ les troubles de la mémoire
- ⇒ la sarcopénie et l'ostéoporose
- ⇒ la malnutrition, la dénutrition et le bucco-dentaire compte-tenu du lien prédominant
- ⇒ la iatrogénie
- ⇒ les addictions
- ⇒ la dépression et les suicides en lien avec la stratégie nationale

OBJECTIF GENERAL : RENFORCER L'OFFRE DE PREVENTION AU BENEFICE DES PERSONNES VIEILLISSANTES VIVANT A DOMICILE POUR FAVORISER LE BIEN VIEILLIR

Objectif opérationnel 1 : Prévenir les risques de sarcopénie - malnutrition/dénutrition

Dans le domaine de la nutrition, le risque majeur est la **malnutrition** (carences en nutriments essentiels et en vitamines) et la **dénutrition**. La dénutrition est une pathologie fréquente chez les personnes âgées qui entraîne ou aggrave un état de fragilité ou de dépendance et favorise la survenue de morbidités.

La perte de masse musculaire conduit rapidement à une dépendance pour les gestes de la vie quotidienne, à une perte d'autonomie tant à l'hôpital qu'à domicile. Cette perte d'autonomie est à l'origine de chutes, d'un état dépressif, d'une altération de la qualité de vie et surtout de la pérennisation d'un déséquilibre alimentaire aggravant la dénutrition déjà présente et génère le risque de ré hospitalisation en urgence.

L'alimentation étant un facteur dans la survenue de maladies notamment cardio-vasculaires, le PNNS contient des objectifs prioritaires destinés spécifiquement aux personnes âgées. Elle doit être adaptée à l'état de santé du sujet, son mode de vie et son environnement.

La malnutrition et la dénutrition ont des effets négatifs sur l'**activité physique**. De nombreuses données montrent que l'activité physique est associée à des progrès significatifs de la capacité fonctionnelle et de l'état de santé, contribuant ainsi à prévenir certaines maladies ou à diminuer leur gravité.

Publics cibles

Les personnes vieillissantes

Territoires cibles

Tous les territoires et en priorité ceux ayant un taux plus élevé de personnes âgées précaires et isolées

Actions attendues

- Promouvoir une alimentation équilibrée et une activité physique adaptée conformément aux repères du PNNS afin de lutter contre la sédentarité, à travers des ateliers collectifs.

Observations/recommandations

Promotion des repères nutritionnels du PNNS

Travail en partenariat avec les collectivités locales

Indicateurs de suivi

Nombre d'ateliers nutrition

Nombre de personnes ayant participé aux ateliers

Mise en place de groupes de travail inter-institutionnels

Objectif opérationnel 2 : Prévenir l'ostéoporose et les chutes

En France, 30% des personnes âgées de plus de 65 ans et 50% des plus de 85 ans font une ou plusieurs **chutes** par an. Le risque de récurrences dans l'année suivant la chute initiale est de 60% environ. La survenue des chutes entraîne une altération ultérieure des automatismes, un déclin fonctionnel et une perte de confiance en soi. Les chutes entraînent dans 70% des cas une hospitalisation. Elles sont donc un mode d'entrée fréquent dans la dépendance.

2 grands types de déterminants dans la survenue des chutes : les facteurs liés à la personne et les facteurs liés à l'environnement. (cf. Recommandations HAS 2005).

En PACA, pour la période 2000-2004, le taux de mortalité par chutes pour les plus de 65 ans était significativement inférieur à la moyenne nationale. Ce sont les 3 départements côtiers qui ont une sous-mortalité significative. Entre 2000-2002 et 2005-2007, le taux de mortalité par chutes accidentelles a diminué en PACA de 19% chez les femmes et 8% chez les hommes. (Cf ORS).

Publics cibles

Les personnes vieillissantes
Les médecins

Territoires cibles

Tous les territoires et en priorité ceux ayant un taux plus élevé de personnes âgées précaires

Actions attendues

- Sensibiliser les personnes à l'importance du dépistage de l'ostéoporose et prévenir les chutes via des ateliers collectifs sur l'équilibre.

Observations/recommandations

En partenariat avec l'URPS et CARSAT, MSA, RSI, Caisses de retraites complémentaires

Indicateurs de suivi

Mise en place de groupes de travail inter-institutionnels
Nombre d'ateliers équilibre mis en place
Nombre de personnes ayant participé aux ateliers
Nombre de sessions de sensibilisation organisées auprès des personnes âgées et des médecins

Objectif opérationnel 3 : Préserver les capacités mnésiques

La démence constitue la forme la plus grave de vieillissement cérébral pathologique. Elle se manifeste par une altération croissante de la mémoire et des fonctions cognitives ainsi que par des troubles du comportement conduisant à une perte progressive d'autonomie.

La démence est l'une des causes principales de handicap et de dépendance chez les personnes âgées. En l'état actuel des connaissances, cette maladie reste un processus irréversible pour lequel aucun traitement curatif n'est disponible.

Sa fréquence est à mettre en regard de l'allongement de l'espérance de vie. Considérée comme une priorité mondiale de santé publique par l'Organisation mondiale de la santé, le nombre de cas de démence dans le monde pourrait doubler d'ici 2030 et tripler d'ici 2050.²

Prévention de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées³

En décembre 2017, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) publie les recommandations pour la mise en œuvre d'une stratégie de prévention de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées. Le HCSP rappelle qu'au-delà des facteurs de risque connus et non modifiables de la maladie,

² <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Maladies-neurodegeneratives/La-maladie-d-Alzheimer-et-les-autres-demences> Publié le 20/09/2016 - Dernière mise à jour le 05/06/2018

³ GUIDE DU PARCOURS DE SOINS DES PATIENTS PRÉSENTANT UN TROUBLE NEUROCOGNITIF ASSOCIÉ À LA MALADIE D'ALZHEIMER OU À UNE MALADIE APPARENTÉE
HAS Mai 2018

comme l'âge, qui représente le principal facteur de risque, le genre (la maladie touche davantage les femmes (2/3) que les hommes (1/3)) et certains facteurs modifiables tels que l'hypertension artérielle, le diabète, l'obésité, l'athérosclérose, l'hypercholestérolémie déclarés entre 45 et 55 ans, semblent majorer le risque de démence. Ces facteurs de risque neurocardiovasculaires doivent être recherchés et traités.

A l'inverse, un niveau de scolarité élevé, un réseau social fourni, une alimentation de type méditerranéen, des activités de loisirs et la pratique régulière d'une activité physique seraient, quant à eux, des facteurs protecteurs.

Publics cibles

Les personnes vieillissantes

Territoires cibles

Tous les territoires et en priorité ceux ayant un taux plus élevé de personnes âgées précaires et isolées. Dans le Var, uniquement les espaces santé de proximité d'Aups, La Garde et Vidauban.

Actions attendues

Préserver les capacités mnésiques et prévenir l'apparition de troubles de la mémoire à travers la mise en œuvre d'ateliers collectifs « mémoire ».

Observations/recommandations

Indicateurs de suivi

Nombre d'ateliers mémoire

Nombre de personnes ayant participé aux ateliers

Objectif opérationnel 5 : Prévenir la souffrance psychique et la crise suicidaire

Cause importante de mortalité prématurée, une part importante des décès est donc évitable grâce à des actions de prévention. Il existe de fortes inégalités régionales. Des taux spécifiques qui augmentent avec l'âge, notamment après 70 ans (chez les hommes). La France fait partie des pays ayant un taux élevé de suicide chez les personnes âgées, même si en nombre absolu, c'est entre 35 et 54 ans que les décès par suicide sont les plus importants.

Le rapport entre tentative de suicide et suicide est de 4 pour 1 chez les personnes âgées et de 10 pour 1, toutes classes d'âges confondues. A partir de 60 ans, le taux de suicide augmente de façon significative notamment chez les hommes. En PACA, les hommes de 85 ans et plus sont 7,5 fois plus nombreux à se suicider que les hommes de 20 à 24 ans. Les taux de suicide en maison de retraite et pour les personnes isolées à domicile sont du même ordre. Alors que pour les femmes, le risque suicidaire augmente significativement en maison de retraite.

Globalement le taux de suicide reste sous-estimé en raison de la non précision dans le certificat médical de décès.

5.1 Développer des actions d'information auprès du public cible

Publics cibles

Les personnes vieillissantes et leur entourage (proches)

Territoires cibles

Tous les territoires et en priorité ceux ayant un taux élevé de personnes âgées précaires et isolées

Actions attendues

- Diffuser des informations scientifiquement validées auprès des personnes vieillissantes u public et de son entourage.
- Relayer la stratégie nationale de santé mentale

Observations/recommandations

En déclinaison du Plan National contre le suicide et du Plan santé mentale
Stratégie Nationale de Santé 2018-2022

Indicateurs de suivi

Nombre de sessions mises en place

Nombre de personnes ayant participé aux sessions

Nombre de sessions de sensibilisation organisées auprès des personnes âgées

Partenariats mis en place

Objectif opérationnel 6 : Réduire les prévalences des usages de produits psychoactifs (tabac, alcool, essentiellement et autres substances actives et psychoactives) et leurs conséquences nocives

La fin de la vie active et le début de la retraite s'accompagnent souvent d'un changement de mode de vie. Cette évolution se retrouve également dans la consommation des substances psychoactives.⁴

Chiffres clés :

13 % des 55-85 ans sont fumeurs contre 41 % chez les 15-54 ans

58,5 % des femmes de 55-85 ans n'ont jamais fumé contre 40 % chez les 15-54 ans

39,5 % des hommes et 16 % des femmes de 55-85 ans consomment de l'alcool tous les jours.

Le tabagisme est un facteur de risque de décès prématuré. Sa prévalence demeure élevée après 60 ans. Il est à l'origine de maladies cardiovasculaires et respiratoires et de cancers et représente un facteur d'accélération du processus de vieillissement qui joue un rôle dans le développement de pathologies fréquentes chez le sujet âgé. Il provoque une diminution de l'espérance et de la qualité de vie ainsi qu'une perte d'autonomie. L'arrêt du tabac réduit la mortalité liée au tabagisme, même après 60 ans.⁵

La consommation d'alcool est un problème d'une importance significative chez les sujets âgés, mais peu détecté alors que ce pourrait être un vrai objectif de santé publique. Les sujets âgés, comme les soignants qu'ils rencontrent, perçoivent peu leur usage d'alcool comme problématique et sont ainsi sous-représentés dans les programmes de soins. La littérature est pauvre en preuves scientifiques des bénéfices d'une stratégie de repérage dans ce groupe d'âge.⁶

Avec l'âge, la fréquence de la consommation régulière, quotidienne, augmente. Les consommations moyennes d'alcool par individu décroissent, le nombre de non-consommateurs augmente, passant de 10% pour la population adulte à 40 % après 65 ans, du fait de l'augmentation de la proportion de femmes, mais aussi du décès fréquent des consommateurs excessifs à l'âge adulte. La consommation d'alcool dans la population âgée apparaît comme une réalité avec des interférences possibles et nombreuses avec l'état de santé de ces personnes.⁷

⁴ **Pratiques addictives** R. GUIGNARD ; J. BODARD ; J. B. RICHARD ; F. BECK

In : Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010 / C. LEON ; F. BECK

⁵ **Tabagisme et sevrage tabagique des fumeurs âgés**

J. PERRIOT ; A. CROIZET ; M. UNDERNER ; G. PEIFFER

in Courrier des Addictions (Le) > Vol.18, n°2 (Avril-mai-juin 2016) . - 15-17

⁶ **Recommandations - Personnes âgées et consommation d'alcool. Question 3 - Quels sont les moyens du repérage des risques liés à ces consommations chez les personnes âgées ?**

SFA ; Société française de gérontologie et gériatrie in Alcoologie et Addictologie > Tome 36, n°3 (Septembre 2014) . - 247-251

⁷ **Recommandations : Personnes âgées et consommation d'alcool. Texte court**

Autre problématique : le mésusage des médicaments et la surmédication

6.1 Développer des actions d'information et de réduction des risques et des dommages auprès du public cible

Publics cibles

Les personnes vieillissantes et leur entourage

Territoires cibles

Tous les territoires et en priorité ceux ayant un taux élevé de personnes âgées précaires et isolées

Actions attendues

- Mieux informer le public sur les risques associés à ces pratiques
- Groupes de parole
- Accompagner vers les structures spécialisées en addictologie
- Développer des programmes visant à renforcer les compétences psychosociales

Observations/recommandations

En déclinaison du Plan National de lutte contre Tabac PNLT 2018-2022 et de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022

Indicateurs de suivi

Nombre de sessions de sensibilisation organisées auprès des personnes âgées et de leur entourage

Nombre de sessions mises en place par type d'actions

Nombre de personnes ayant participé aux sessions

Nombre de personnes orientées vers des structures spécialisées

6.2 Développer des actions de formation auprès des professionnels

La RDRD est avant tout une démarche d'intervention globale.

Améliorer les pratiques professionnelles de repérage précoce (conseil minimal RPIB : repérage précoce et intervention brève), de prise en charge et de réduction des risques et des dommages

Promouvoir les campagnes nationales (ex mois sans tabac, actions « au long cours » ...)

Mieux utiliser les dispositifs de formation déjà existants en inscrivant les projets de formation des professionnels dans le cadre des plans de formation continue des employeurs

Développer les actions de formation mutualisées des différents acteurs institutionnels par des formations communes avec un contenu partagé et validé

Publics cibles

Médecins de ville (généralistes) et Professionnels prenant en charge les personnes âgées

Actions attendues

Participation à des formations sur le repérage et la réduction des risques

Les actions relevant de cet objectif ne seront pas financées, il conviendra de mobiliser les financements déjà existants.

Indicateurs de suivi

Nombre de sessions mises en place

Nombre de personnes ayant participé aux formations

