

## CAHIER DES CHARGES Appel à projets régional 2019-2022

### « Renforcer la prévention, le dépistage, l'accès aux droits de santé et la prise en charge des personnes les plus exposées aux infections sexuellement transmissibles dont le VIH »

#### • 1. Le contexte national

Depuis 2013 selon l'ANSP / Santé Publique France (SPF), on estime à 153 000 le nombre de personnes séropositives au **VIH** en France, parmi lesquelles environ 24 000 (soit 16%) sont non diagnostiquées et constituent son « épidémie cachée ». 90 % des personnes diagnostiquées sont traitées et 90 % des personnes traitées depuis au moins 6 mois possèdent une charge virale contrôlée ou indétectable.

Le nombre de découvertes de séropositivité VIH est évalué à 6 000 en 2016, en stabilité depuis 2011. Les deux groupes les plus touchés sont les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH, 45%), dont le nombre ne diminue pas, et les personnes hétérosexuelles nées à l'étranger, notamment en pays d'Afrique subsaharienne (38%).

De plus, le nombre de cas diagnostiqués des infections sexuellement transmissibles (**IST**) autres que le VIH est en forte augmentation depuis 2010-2011, à sites de déclaration constants :

- le volume d'infections à gonocoques a progressé de 70% entre 2015 et 2017. Cette augmentation est beaucoup plus marquée chez les HSH (+84%) que chez les hétérosexuels (+29%)
- les cas de syphilis enregistrent une hausse de 56 % chez les HSH entre 2013 et 2015, avec toutefois une stabilisation en 2016 (à confirmer) ; 81% de ces cas concernent des HSH
- le nombre d'infections à chlamydia poursuit son augmentation entre 2015 et 2017, de façon plus marquée chez les hommes (+29%) que chez les femmes (+9%). Leur prévalence en population générale est estimée à 2,5 % chez les hommes et 3,2 % chez les femmes de 18 à 29 ans. C'est l'IST bactérienne la plus fréquente et la seule où la part des femmes prédomine parmi les cas diagnostiqués. Le facteur de risque commun aux 18-29 ans est d'avoir eu récemment un partenaire occasionnel.

L'**activité de dépistage du VIH** connaît une dynamique croissante en laboratoire de biologie médicale de 2010 à 2017 (de 5 millions de tests sérologiques à 5,6 millions). On constate également la stabilisation des volumes de tests rapides d'orientation diagnostiques (TROD) réalisés dans le cadre du dépistage communautaire et de ceux des autotests VIH, respectivement voisins de 56 000 et 73 000 unités en 2017. Le taux de positivité des TROD demeure notablement plus élevé comparativement aux sérologies (7,3‰ vs. 2 ‰).

Pour autant, 28% des personnes diagnostiquées en 2017-2018 l'ont été à un stade avancé ou tardif de l'infection (CD4<200/mm3), et cette valeur stagne depuis 2012.

Ces constats épidémiologiques trouvent notamment leur origine dans des facteurs socio-comportementaux. Quatre types d'enquêtes nationales et européennes (EPG, BG, NGB et EMIS), menées auprès des publics LGBT de 1997 à 2011, témoignent de l'augmentation globale des **comportements à risque** sur la période et de prises de risques plus fréquentes chez les personnes séropositives au VIH comparativement aux séronégatives.

Selon l'enquête Prévagay 2015, 1/3 des HSH séronégatifs au VIH et la moitié des HSH séropositifs déclarent avoir eu au moins une pénétration anale non protégée avec un partenaire de statut différent ou inconnu au cours des 12 derniers mois.

De plus, l'enquête EPGL de 2011 indique que 31% des HSH déclarent avoir été victimes d'actes homophobes au cours des 12 derniers mois. Par ailleurs, selon le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP), 19% des HSH déclarent avoir vécu une tentative de suicide au cours de leur vie, soit 5 fois plus que la population générale.

Les modalités de rencontre à finalité sexuelle ont également évolué depuis le début des années 2000 : les lieux physiques et/ou publics et/ou communautaires voient leur fréquentation diminuer au profit de services instantanés et personnalisés offerts par les sites et applications de rencontre sur internet (généralistes ou spécialisés).

Les **personnes nées à l'étranger ou migrantes** disposent de statuts administratifs variables et ont connu des parcours migratoires hétérogènes, induisant des conditions de précarité sanitaire et sociale plus ou moins longues et marquées. Les pays d'Afrique subsaharienne rassemblent 70% des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans le monde et sont également zone de forte endémicité pour le VHB. C'est aussi le cas des pays d'Asie du Sud-est et, dans une moindre mesure, des pays d'Europe de l'Est et de la Russie pour l'hépatite B. Selon SPF, sur la période 2012-2016, les taux de positivité des personnes accueillies dans une structure de Médecins du Monde en région parisienne s'élèvent à près de 4% pour le VIH et 11% pour le VHB. Enfin, il est à noter que les femmes sont les plus exposées aux violences sexuelles et aux rapports non protégés.

En **milieu pénitentiaire**, la prévalence du VIH était de 2% en 2010 (enquête Prévacar, contre 0,4% en population générale). Pour autant, le nombre annuel de tests de dépistage VIH, VHB et VHC réalisés auprès de détenus d'Occitanie correspond à environ la moitié du nombre annuel d'entrants.

Les nombreux facteurs de vulnérabilité des **personnes en situation de prostitution** (isolement, précarité financière, langue, discriminations potentielles...) induisent davantage de difficultés d'accès à la santé, une forte exposition aux actes de violence (entre 36 et 50% des femmes exerçant dans la rue déclaraient en 2010-2011 avoir subi des violences), un risque accru de contamination par chlamydia et papillomavirus humain (prévalence estimée à 10 fois celle de la population générale).

Les éléments de littérature relatifs à la santé des **personnes transgenres** identifient plusieurs aspects de vulnérabilité (difficultés d'accès aux soins, isolement, discriminations...), avec une fréquence importante de comportements à risques et une forte expérience de la prostitution.

Enfin, malgré des solutions thérapeutiques permettant aux **personnes vivant avec le VIH** (PVVIH) d'accéder aujourd'hui à une qualité de vie comparable à la population générale, celles-ci demeurent potentiellement exposées :

- à des situations de discrimination engendrant isolement ou rejet ;
- à une probabilité deux fois plus importante de vivre en situation de précarité, donc de rencontrer davantage de difficultés d'accès aux droits ou aux soins
- aux pathologies précoces du vieillissement et aux effets secondaires à long terme des traitements
- à l'adoption de comportements sexuels à risque ou addictifs plus fréquents qu'en population générale.

## • 2. Le contexte régional

Actuellement, près de 10 000 personnes vivant avec le **VIH** sont prises en charge en Occitanie, dont 447 nouveaux diagnostics en 2016, ce qui positionne la région en 4<sup>e</sup> place métropolitaine. On estime à environ 2 000 le nombre de personnes qui ignorent leur séropositivité.

Selon les données de SPF, la contamination par rapports homosexuels entre hommes demeure significativement plus importante qu'au niveau national (65%). En moyenne, la proportion et l'évolution des stades cliniques au moment du dépistage (précoce / tardif) sont voisins des valeurs nationales. A noter : en 2014, seulement 20% des personnes sont diagnostiquées à un stade avancé dans l'Est contre 28% dans l'Ouest.

L'étude Prévagay 2015 montre un taux de prévalence du VIH de 17% dans la population HSH fréquentant les établissements de la région de Montpellier. Le nombre de partenaires sexuels déclaré sur les 12 derniers mois est de 8 à 10 pour les personnes concernées par une gonococcie, de 5 (Est) à 10 (Ouest) pour celles concernées par une syphilis. 43% des HSH ayant participé à Prévagay déclarent avoir eu plus de 10 partenaires au cours des 12 derniers mois.

Il existe également une interaction importante entre consommation de substances psycho-actives et fréquence d'utilisation du préservatif (enquête CDAG-CIDDIST LR 2014). Or, l'enquête Prévagay 2015 indique qu'une personne sur 3 déclare avoir utilisé des substances psychoactives avant ou pendant ses rapports, au cours de la dernière année.

L'augmentation des cas de **syphilis** rencontrés entre 2007 et 2012 connaît un palier depuis 2012 à sites déclarants constants. 87% des personnes concernées sont des HSH sur la période 2012-2017. A noter que 35% des personnes diagnostiquées sont aussi séropositives au VIH.

Le nombre annuel de cas de **gonococcies** augmente depuis 2012. La part des HSH progresse entre la période 2012-2016 et l'année 2017 (61% vs. 81%) A noter : la découverte dans le cadre d'un dépistage systématique progresse de 22 points (20% vs. 42%), à l'inverse du diagnostic sur la base de signes cliniques (62% vs. 34%)

La progression des découvertes d'IST bactériennes chez les HSH reflète aussi l'augmentation des **comportements à risque** : l'utilisation du préservatif lors des rapports oraux est quasi-inexistante (1 à 2%), très faible en pénétration vaginale (15% sur la période 2012-2016) et peu élevée en pénétration anale (21% sur 2012-2016, chutant à 12% en 2017).

Comme en France, le nombre d'infections à **chlamydia** continue d'augmenter depuis 2006 chez l'homme comme chez la femme. Sa prévalence moyenne dans les CeGIDD d'Occitanie s'élève à 7,5%, l'étude réalisée en 2009 au CDAG-CIDDIST de Montpellier ayant montré une évolution en fonction de l'âge (9% si > 25 ans) et du nombre de partenaires au cours de la dernière année (12,3% si > 9).

De son côté, l'**activité de dépistage du VIH** apparaît satisfaisante en volumes mais moins convaincante en termes de ciblage. Le taux de sérologies est proche du niveau national : 440 000 soit 72 / 1000h à l'Ouest et 82 à l'Est (80 en France). La proportion de sérologies positives reste stable depuis 2011 mais inférieure à la moyenne nationale (1,5 pour 1000 sérologies réalisées contre 2,1).

Le nombre de TROD VIH réalisés en contexte communautaire se stabilise à 3 100 en 2017 (vs. 3 700 en 2014 et 2015). En revanche, le taux de tests positifs auprès de personnes découvrant leur séropositivité est en forte baisse entre 2012 (0,78%) et 2017 (0,29%).

D'après le CREAL-ORS (Baromètre Santé 2016 et Etude sur la santé des 15-25 ans en 2012 en Languedoc-Roussillon), les **jeunes de 15 à 24 ans** présentent en région des caractéristiques sociodémographiques plus défavorables que les 25-74 ans (43% en situation de pauvreté vs. 26%), avec une moindre qualité de couverture sociale (16% vs. 10,5%). La majorité des jeunes fréquentant les centres de formation d'apprentis (77%) et missions locales jeunes (67%) en 2012 déclare ne jamais avoir réalisé un test de dépistage du VIH ou du VHB, en particulier les garçons.

Enfin, la fréquence de recours au dépistage du VIH est plus globalement corrélée au niveau de diplôme quel que soit l'âge des répondants: 51% des personnes disposant d'un diplôme de niveau inférieur au Bac affirment ne jamais avoir fait le test (vs. 25% pour les personnes disposant d'un diplôme de niveau supérieur au Bac).

### • **3. Le cadre stratégique**

La Stratégie Nationale de Santé Sexuelle (SNSS) 2017-2030 promeut une démarche globale d'amélioration de la santé sexuelle et reproductive. Elle consacre ses axes II et IV à l'amélioration du parcours IST pour tous les publics et au renforcement des réponses aux besoins des populations les plus exposées.

Le Schéma Régional de Santé s'appuie sur les orientations de la SNSS et identifie plus particulièrement les 3 objectifs suivants :

– améliorer le recours au dépistage des IST en population générale (jeunes en priorité), rapprocher le dépistage combiné (VIH, VHB, VHC) et la prise en charge des publics les plus exposés et éloignés de l'offre de santé

– améliorer la capacité des publics à haut risque de contamination par le VIH à élaborer une stratégie personnelle de réduction des risques liés à la sexualité, en s'appuyant sur les outils de sa prévention combinée, au sein d'une offre globale d'accompagnement en santé sexuelle (sexologie, santé mentale, addictions)

– conforter la rapidité et la pluridisciplinarité de la prise en charge thérapeutique des personnes diagnostiquées porteuses du VIH, d'une hépatite B ou C, en luttant contre les inégalités d'accès au droit commun liées aux discriminations et au parcours de vie des personnes

L'examen de la « cascade de prise en charge » du VIH conduit à souligner le rôle essentiel du renforcement du dépistage dans la réduction du nombre de contaminations. Ainsi son dépistage doit encore être intensifié, mieux ciblé et renouvelé dans les deux groupes les plus exposés (HSH et personnes nées à l'étranger) en s'appuyant sur la mobilisation d'une offre d'outils diversifiée (tests classiques en laboratoires, tests rapides (TROD), Prophylaxie pré-exposition ou PrEP, mise à disposition gratuite d'autotests dans les structures autorisées, Traitement post-exposition ou TPE...).

Pour ces publics, il s'agit de développer des approches de prévention combinant les dimensions socio-comportementale et biomédicale, en adaptant les interventions au contexte de vie des personnes.

### • **4. Objectifs de l'appel à projets et populations bénéficiaires**

Les projets déposés doivent permettre d'apporter des réponses aux objectifs de santé suivants :

#### • **Renforcer l'adhésion et la participation de tous les publics exposés au dépistage des IST, dont le VIH, dans une approche de santé sexuelle ou de santé globale**

Les actions proposées viseront à promouvoir le dépistage des IST et du VIH, selon des fréquences s'appuyant sur les recommandations de la HAS :

- HSH et personnes transgenres : tous les 3 mois et au minimum 1 fois par an
- Personnes nées à l'étranger : 1 fois par an
- Personnes en prostitution : 1 fois par an
- Jeunes : au moins 1 fois puis à chaque changement de vie sexuelle

Inscrites dans des approches de santé sexuelle, elles se déclineront sur les lieux de vie des personnes par, notamment : l'accès aux informations (risques associés à des rapports non protégés, situations d'exposition, moyens de protection, modalités d'accès), la mise à disposition des outils adaptés, dont les tests rapides autorisés (TROD) et l'orientation tracée vers les professionnels-relais.

Elles s'inscriront donc pleinement dans les parcours de santé et de vie des bénéficiaires, et s'appuieront nécessairement sur un travail de partenariat. Elles tiendront compte des besoins des personnes et d'autres dimensions de leurs personnalité comme l'identité et l'orientation sexuelles, les comportements relationnels et sexuels, la santé mentale et les mécanismes addictifs, les troubles physiologiques ou les violences.

- **Augmenter l'utilisation des outils de la prévention combinée du VIH par les personnes à haut risque d'acquisition du VIH et favoriser leur recours à des solutions d'accompagnement personnalisées en santé sexuelle**

Les personnes à risque élevé d'acquisition du VIH se caractérisent par des comportements spécifiques (partenaires multiples, rapports non protégés, consommation de drogues lors des activités sexuelles), se traduisant par des épisodes d'IST répétés ou des recours multiples au traitement post-exposition (TPE). Le contact de ces personnes avec le système de santé peut être l'opportunité d'un accompagnement personnalisé complémentaire à l'action des professionnels de santé.

Les actions correspondantes viseront à :

- promouvoir connaissance, enjeux, modalités de recours et usage effectif de tous les outils de la prévention combinée : PrEP, TPE, matériel de réduction des risques liés à l'injection, réhabilitation du préservatif, TasP, dépistages répétés, vaccinations.
- développer les connaissances, les compétences psycho-sociales, l'auto-évaluation des pratiques, la capacité et la motivation des personnes à élaborer et mettre en œuvre, sur la durée, une stratégie de réduction de leur exposition aux risques sexuels, au moyen des outils de la prévention combinée du VIH, et plus largement aux fins d'amélioration de leur santé sexuelle.

- **Contribuer à l'accompagnement en santé globale des PVVIH**

L'accompagnement des PVVIH doit être envisagé de façon globale mais spécialisée, tout particulièrement à certains moments-clés de la maladie et des parcours de vie, dans sa dimension médicale mais aussi sexuelle, psycho-affective, sociale, professionnelle et juridique.

Sur la base d'un bilan initial, l'accompagnement de santé intégrera notamment les aspects relatifs à la maladie, son traitement, la santé sexuelle, l'accès aux droits de santé, la prise en compte du vieillissement et des co-morbidités, de la souffrance psychique, des troubles sexuels, de l'isolement (en lien ou non avec la sérophobie), le repérage des situations de discriminations lors des recours au système de santé, l'orientation vers les structures-ressources du territoire.

Les objectifs recherchés par l'ARS dans le cadre de cet appel à projets sont les suivants :

- Favoriser l'homogénéité de l'offre de services associative sur le territoire régional dans le champ de la lutte contre les IST et le VIH
- Valoriser et développer les collaborations opérationnelles entre acteurs
- Susciter des actions nouvelles auprès de certains publics exposés
- Consolider la place de l'accompagnement vers l'autonomie des personnes dans le contenu des actions
- Rechercher la convergence des coûts des interventions de même nature auprès des mêmes publics
- Sécuriser le cadre d'intervention (objectifs, actions, ressources humaines et financières) des promoteurs retenus pendant la durée du Projet Régional de Santé (PRS)

Les projets déposés doivent concerner les publics bénéficiaires suivants :

- en priorité, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)
- les personnes nées dans un pays étranger, tout particulièrement celles issues d'Afrique subsaharienne, les femmes et celles issues d'un parcours migratoire difficile
- les personnes transgenres
- les personnes en situation de prostitution, leurs partenaires et clients
- les personnes incarcérées
- les jeunes de 15 à 24 ans hors milieu scolaire général et universitaire, non diplômés et/ou en parcours d'insertion, notamment les hommes
- les personnes vivant avec le VIH, notamment en situation de précarité, et leurs partenaires
- les usagers de drogues ne fréquentant pas les structures médico-sociales d'addictologie (CAARUD et CSAPA) ou n'étant pas concernées par les actions hors-les-murs réalisées par ces établissements
- les personnes hétérosexuelles multipartenaires (selon spécificités locales)

- **5. Actions éligibles et non recevables**

- A. **Exemples de contenus d'actions éligibles** (*à combiner dans les projets proposés, afin de favoriser les approches globales*)

- Bilans individuels de besoins sanitaires et sociaux
- Dépistage de proximité au moyen de TROD VIH et le cas échéant VHC
- Formation de pairs
- Information sur les IST, les modes de contamination, les outils de prévention, les traitements, le réseau d'acteurs locaux
- Information et aide à l'accès aux droits de santé
- Interventions brèves, entretien motivationnel, counseling
- Mise à disposition de matériel de prévention des risques sexuels
- Orientation, mise en relation ou accompagnement physique tracés vers les acteurs de santé du territoire
- Partage collectif d'expériences (groupes d'auto-support)
- Promotion de la réduction des risques sanitaires, psychologiques et sociaux
- Recherche-action
- Renforcement des compétences psycho-sociales
- Soutien à l'adhésion au dépistage
- Soutien et accompagnement psychologique
- Soutien et accompagnement en sexologie
- Soutien et suivi de personnes en pratique de chemsex, à comportements sexuels à haut risque (épisodes fréquents d'IST)

- B. **Exemples de lieux de réalisation d'actions éligibles** (*à combiner dans les projets proposés, afin de favoriser les approches globales*)

- Espace public : rue, routes, aires routières, parkings...
- Lieux d'accueil, d'hébergement, d'insertion/formation et de convivialité susceptibles de recevoir des publics épidémiologiquement exposés
- Lieux de rencontres et de consommation sexuelle
- Locaux associatifs
- Milieu festif communautaire
- Milieu pénitentiaire (sous réserve de l'accord de l'unité sanitaire et de l'administration pénitentiaire)
- Sites de rencontres et d'annonces

- C. **Actions non recevables**

- Actions d'accompagnement social et juridique (accès à l'hébergement, au logement, à l'insertion professionnelle, à la domiciliation administrative, aux droits sociaux)
- Actions de communication exclusives
- Actions de convivialité ou d'accès à la culture
- Actions de formation de professionnels de santé, sociaux, éducatifs ou médico-sociaux
- Actions de médiation en santé
- Actions d'information exclusives
- Actions en milieu festif non communautaire
- Actions en milieu scolaire général ou universitaire
- Actions événementielles
- Actions portées par deux promoteurs distincts sur un même territoire et un même public sans collaboration explicitée dans le contenu des projets

- **6. Durée et mise en œuvre des projets**

Les actions retenues seront financées pour une durée de 4 ans, au moyen d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Quatre bilans annuels et un bilan final de l'action seront réalisés par le promoteur en fin d'action et transmis à l'ARS avant le 31 mars de l'année N+1.

## • **7. Evaluation**

Un bilan quantitatif et qualitatif doit être réalisé à la fin de l'action ; chaque projet doit préciser les modalités d'évaluation prévues.

Les projets devront intégrer un dispositif d'évaluation permettant de notamment mesurer :

- **le processus** : déroulement de l'action (indicateurs quantitatifs et qualitatifs),
- **l'activité** : le service proposé aux usagers et les moyens mobilisés par le promoteur pour cela
- **les résultats** : présentés en fonction des objectifs initiaux, par exemple l'objectivation d'apports de connaissances ou de modifications de comportements
- **éventuellement des effets indirects** déclenchés ou collatéraux éventuels (nouveaux partenariats, mise en lumière de besoins d'interventions ....)

L'évaluation doit être envisagée comme un **outil de pilotage de l'action**, permettant de réorienter au fur et à mesure ses objectifs opérationnels et ses modalités de mise en œuvre, dès lors que le promoteur et l'ARS jugent qu'elles ne sont pas adaptées au but recherché.

Le promoteur devra être attentif à la qualité et à la quantité des indicateurs proposés, à leur fiabilité, et à sa capacité à en recueillir les éléments constitutifs. Le cas échéant, le cadre du suivi de l'action pourra être affiné conjointement avec les services de l'ARS.

## • **8. Critères de sélection**

### **A. Critères généraux d'éligibilité des projets :**

- Le promoteur est une association loi 1901 ayant l'expertise et les compétences nécessaires pour intervenir auprès des publics les plus exposés au risque de contamination par les IST, notamment le VIH.
- Projet déposé par une seule association, pouvant être co-construit avec plusieurs associations partenaires
- Réponse à au moins un des objectifs définis au point 4 ;
- Production d'une description des caractéristiques et besoins de santé des populations directement concernées par le projet
- Capacité du promoteur à mettre en œuvre un projet de santé sexuelle autour de l'enjeu des IST et du VIH (compétences des intervenants)
- Projet et modalités d'intervention adaptés au territoire d'intervention et aux bénéficiaires
- Déroulé du projet clair, précis et illustré : les objectifs, le descriptif des services proposés aux usagers et ses étapes de réalisation doivent être clairement présentés, de façon à ce que les opérations auxquelles sont octroyés les financements soient bien identifiées ;
- Traçabilité de l'intervention du promoteur dans le parcours de santé des usagers
- Montage financier lisible faisant apparaître les effectifs mobilisés, le coût global du projet, les possibilités de cofinancements et le détail des charges indirectes
- Adéquation entre les moyens humains et matériels proposés et les objectifs du projet (coût par intervention)

### **B. Critères de priorisation**

Seront privilégiés :

- Les projets fédérateurs, mettant en lien plusieurs structures dans le cadre d'un même projet
- Les projets participatifs associant les bénéficiaires
- Les projets transférables, dont l'expérience acquise peut être capitalisée et mise en œuvre par d'autres structures
- Les projets originaux, innovants
- Les projets présentant des co-financements

## • **9. Modalités de dépôt des dossiers**

Pour faire l'objet d'une instruction, tout dossier devra être formellement recevable, c'est-à-dire présenter les pièces suivantes :

- Dossier de demande de subvention CERFA n°12156\*05 à l'exception de son volet 6 (à télécharger sur le site internet de l'ARS)
- Fiche-projet (à télécharger)
- Budget prévisionnel du projet (à télécharger)
- Relevé d'identité bancaire (IBAN et BIC), portant une adresse correspondant à celle du n° SIRET
- Liste des membres du Conseil d'Administration et/ou du bureau
- Rapport d'activité 2017 et comptes associatifs 2017 (pour les associations non financées en 2018 par l'ARS)
- Pouvoir du représentant de la structure à la personne déposant le dossier si celui-ci n'est pas le représentant légal

Un promoteur souhaitant répondre à une ou plusieurs priorités au moyen de plusieurs projets d'actions, doit déposer 1 fiche-projet et 1 budget prévisionnel par projet.

Les projets devront être envoyés par messagerie à l'adresse électronique [ars-oc-dsp-promotion-sante@ars.sante.fr](mailto:ars-oc-dsp-promotion-sante@ars.sante.fr) avant le **vendredi 19 avril 2019**, en inscrivant « Appel à projets IST-VIH » dans l'objet du mail. Un accusé de réception sera transmis.

## • **10. Instruction des projets et contact ARS**

Les projets seront étudiés par le comité de sélection en s'appuyant notamment sur leurs critères d'éligibilité (cf. points 5 et 8). La réponse écrite à la demande de subvention sera adressée aux promoteurs par courriel. Une proposition de rencontre avec le promoteur pourra être émise par l'ARS.

La rédaction des CPOM aura lieu en juin 2019.

Pour toute question relative à cet appel à projets, vous pouvez contacter :

Thibaud AYMERIC  
Chargé de programmes IST-VIH-Hépatites  
Pôle Prévention Promotion de la Santé  
Direction de la Santé Publique  
05.34.30.24.63  
[thibaud.aymeric@ars.sante.fr](mailto:thibaud.aymeric@ars.sante.fr)