



Contrat Local de Santé

2017-2018

ARGENTAN

Pays d'Argentan

d'Auge et d'Ouche

Sommaire

Préambule.....	4
1/ Présentation du Contrat Local de Santé : enjeux et finalités.....	4
2/ Fondements de la démarche du Contrat Local de Santé.....	5
A. La politique de l'ARS en matière de santé : Le Projet Régional de Santé (PRS).....	5
A.1 Le Plan Stratégique Régional de Santé 2013-2018 de l'ARS (ex-)Basse-Normandie.....	5
A.2 Le rôle des instances de Démocratie en Santé.....	6
B. Politique et engagement de la ville d'Argentan en matière de santé.....	7
C. L'action du Pôle d'Équilibre Territorial et Rural (PETR) Pays d'Argentan, d'Auge et d'Ouche....	8
D. L'action du Conseil Départemental de l'Orne.....	9
E. L'action de la Préfecture de l'Orne.....	9
3/ Le diagnostic local de santé.....	10
A. Présentation du territoire concerné par le CLS.....	10
B. Un contexte social fragile et inégalitaire.....	13
B.1 Un territoire marqué par la précarité.....	13
B.2 Un accès aux soins plus difficile.....	15
C. Une population vieillissante et de plus en plus dépendante.....	17
C.1 Un vieillissement observable sur tout le territoire.....	17
C.2 Les territoires ruraux : les plus impactés.....	18
D. Une offre de soins inégale selon les territoires.....	19
D.1 Une démographie médicale préoccupante.....	19
D.2 Une couverture inégale du territoire pour les soins de premiers recours.....	20
D.3 Un Centre Hospitalier dynamique.....	23
E. Les grandes causes de décès sur le territoire.....	25
Programme d'actions.....	28
Axe 1 : Agir sur les maladies chroniques et l'environnement santé.....	29
Orientation n°1 : Développer l'éducation pour la santé des plus jeunes et des populations en situation vulnérable.....	29
Orientation n°2 : Développer l'éducation thérapeutique du patient en y incluant les aidants et l'entourage.....	29
Axe 2 : Renforcer l'accès aux soins et prévenir les conduites addictives.....	39
Orientation n°1 : Renforcer l'accès aux soins en addictologie	39

Orientation n°2 : Développer l'intervention précoce pour prévenir les conduites addictives.....	39
Axe 3 : Lutter contre l'isolement et renforcer l'accès aux soins des personnes en perte d'autonomie...47	
Orientation n°1 : Lutter contre l'isolement des populations vieillissantes et/ou avec handicap.....	47
Orientation n°2 : Renforcer l'accès aux soins des populations vieillissantes et/ou avec handicap...47	
Axe Transversal.....	57
Orientation n°1: Développer la transversalité et l'interconnaissance entre les différents champs de compétences des professionnels.....	57
Les Articles du contrat.....	60
Article 1 : Les parties signataires du contrat.....	62
Les signataires co-contractants engagés dans le contrat.....	62
Les partenaires engagés.....	62
Article 2 : Le périmètre géographique du contrat	62
Article 3 : Axes stratégiques et méthodologie d'élaboration.....	63
Article 4 : Gouvernance.....	64
Le Comité Territorial de Pilotage.....	64
Le Comité Technique.....	64
Article 5 : Modalités de suivi.....	64
Article 6 : L'évaluation.....	65
Article 7 : Les propriétés et publicités des résultats.....	65
Article 8 : Le financement du contrat.....	66
Article 9 : La durée du contrat.....	66
Article 10 : La révision du contrat.....	66
Signatures.....	67
Glossaire.....	70
Annexes	72

Préambule

1/ Présentation du Contrat Local de Santé : enjeux et finalités

Le contrat local de santé (CLS) constitue une mesure innovante de la loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Celle-ci précise que les priorités et objectifs du Projet Régional de Santé (PRS) peuvent être mis en œuvre localement par le biais de CLS, conclus généralement entre l'Agence Régionale de Santé (ARS) et les collectivités territoriales et leurs groupements.

Le CLS est ainsi une démarche contractuelle qui doit permettre de coordonner et d'articuler au mieux les politiques publiques de santé sur un territoire donné, et de répondre aux enjeux de réduction des inégalités sociales et territoriales.

Il repose sur une approche globale et transversale de la santé et porte sur les champs suivants :

- la promotion de la santé (en agissant en amont sur les déterminants de santé¹),
- la prévention,
- les politiques de soins,
- l'accompagnement médico-social.

Le CLS doit être vu comme un outil de territorialisation du PRS, qui permet à la fois de mettre en œuvre localement et durablement les grands objectifs de ce dernier, mais aussi de répondre aux besoins spécifiques de territoire en s'inscrivant dans les dynamiques locales existantes.

Sur le territoire d'Argentan, des politiques d'action sociale fortes sont déjà en cours sur le territoire, notamment en matière de Politique de la Ville. Le nouveau Contrat de Ville d'Argentan a été signé le 3 juillet 2015, l'ARS faisant partie des signataires. Afin de répondre à un principe de cohérence et d'articulation des politiques contractuelles, il convient de préciser dès à présent que le présent CLS constituera également le volet Santé du Contrat de Ville d'Argentan.

1 Les déterminants de santé constituent l'ensemble des facteurs pouvant influencer l'état de santé des populations. On distingue généralement quatre types de déterminants : des déterminants biologiques, des déterminants liés aux comportements individuels et aux modes de vies, des déterminants liés à l'offre de soin à disposition de l'individu et les déterminants liés à l'environnement écologique, culturel, social économique etc. Cette approche par les déterminants de santé vient compléter l'approche curative qui domine souvent en matière de politique de santé.

2/ Fondements de la démarche du Contrat Local de Santé

Le Contrat Local de Santé se situe au carrefour des politiques sociales et de santé :

A. La politique de l'ARS en matière de santé : Le Projet Régional de Santé (PRS)

Le Projet Régional de Santé repose tout d'abord sur un Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), qui définit la ligne stratégique et les grands objectifs que se fixe l'ARS.

A.1 Le Plan Stratégique Régional de Santé 2013-2018 de l'ARS (ex-)Basse-Normandie

Le PSRS est fondé sur un socle de 16 priorités, déclinées au sein de 5 domaines stratégiques. Ces priorités ont été définies grâce aux travaux d'analyse des besoins de santé (atlas, consultations des pays, bilans et états des lieux des schémas antérieurs) réalisés en 2010.

Handicap et Vieillesse :

1. Le respect du projet de vie de la personne en perte d'autonomie (incluant les troubles sensoriels de la personne âgée),
2. Les maladies neuro-dégénératives, en particulier la maladie d'Alzheimer,
3. La réponse aux besoins des populations vieillissantes en situation de handicap,
4. La prise en charge des personnes en situation de handicap psychique ou d'autisme.

Risques Sanitaires :

1. Le dispositif de la veille, de la sécurité et de l'information sanitaire,
2. La qualité de l'environnement pour prévenir les risques sanitaires liés aux milieux de vie,
3. La culture en santé environnement.

Périnatalité et Petite Enfance :

1. Les troubles neuropsychiques et sensoriels des jeunes enfants,
2. L'accès à la santé des enfants et notamment des populations fragilisées,
3. Le libre choix et accompagnement de la grossesse.

Maladies Chroniques :

1. Le cancer,
2. Les maladies neuro-cardiovasculaires,
3. Les maladies du métabolisme.

Santé Mentale et Mal-être :

1. Le mal-être et les troubles psychosociaux des enfants et adolescents,
2. Les consommations excessives d'alcool,
3. Les souffrances psychiques.

Deux éléments clés ressortent de manière récurrente et forte des travaux d'élaboration des objectifs et devront probablement se traduire par une évolution significative de l'organisation de l'offre pour atteindre les résultats visés :

- Réduire les inégalités d'accès à certains services de santé ;
- Renforcer la coordination entre toutes les catégories d'acteurs de santé.

Ces 16 priorités sont ensuite déclinées en 45 objectifs généraux et 128 objectifs spécifiques.

Les modalités de mise en œuvre de ces objectifs sont ensuite définies à travers trois Schémas Régionaux de Prévention (SRP), d'Organisation des Soins (SROS) et d'Organisation Médico-Sociale (SROMS). Ces schémas sont renforcés et déclinés par des programmes d'actions :

- le PRAPS (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins),
- le PRIAC (Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie), instrument de programmation financière pluriannuelle pour la mise en œuvre du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS),
- le PRGDR (Programme Régional de Gestion Du Risque) pour appréhender au mieux le risque en santé et coordonner les acteurs concernés,
- le PRT (Programme Régional de Télémédecine).

A.2 Le rôle des instances de Démocratie en Santé

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA)

La loi du 21 juillet 2009 et le décret n° 2010-348 du 31 mars 2010 ont prévu la création de la CRSA. Cette dernière précise les modalités d'application relatives à sa composition, son installation et son fonctionnement.

Organe pivot de la démocratie en santé, la CRSA de Basse-Normandie est le lieu privilégié d'expression des acteurs en santé et dans le champ de l'autonomie. La conférence donne des avis sur les différentes composantes du PRS (plan stratégique, schémas, programmes et ses révisions), produit un rapport d'activité et reçoit des recommandations, au même titre que l'ARS, de la part de la commission spécialisée des usagers sur le rapport concernant le respect des droits des usagers du système de santé. Elle détermine également les questions de santé qui donnent lieu aux débats publics qu'elle organise.

Son assemblée plénière comprend 95 membres ayant voix délibérative, répartis en 8 collèges, permettant les représentations des catégories suivantes : les collectivités territoriales, les usagers des services de santé ou médico-sociaux, les conférences de territoire, les partenaires sociaux, les acteurs de la cohésion et de la protection sociale, les acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé, les acteurs de l'offre de services de santé et du secteur médico-social, les personnalités qualifiées.

La démocratie en santé a pour objectif d'aboutir à l'appropriation des enjeux en santé par tous, en garantissant le lien entre santé et social et en associant l'ensemble des acteurs locaux à l'action de l'ARS. Dans ce contexte, les démarches d'observation de la santé et de ses déterminants sont fondamentales pour identifier puis combattre les inégalités de santé.

La Conférence de Territoire de l'Orne

La conférence de territoire, selon l'article L 1434-17 du code de la santé publique :

- contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux de santé avec le PRS et les programmes nationaux de santé publique ;
- fait toute proposition au Directeur Général de l'ARS sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé ;
- favorise la signature de CLS notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

La conférence de territoire préfigure le Conseil Territorial de santé, qui sera mis en place au 1^{er} janvier 2017.

B. Politique et engagement de la ville d'Argentan en matière de santé

La ville d'Argentan mène depuis plusieurs années une politique ambitieuse visant à répondre aux enjeux de santé de son territoire.

En 2004, celle-ci s'est engagée dans la mise en place et le portage d'un Atelier Santé Ville (ASV), qui a constitué dès 2006 le volet Santé du Contrat Urbain de Cohésion Sociale (CUCS). Cet ASV a permis de faire émerger des « groupes projets thématiques » notamment sur la nutrition, la souffrance psychique, ainsi que la mise en place de projets phares, comme le Forum du dépistage.

Si le dispositif de l'ASV a pris fin en 2010, la ville d'Argentan maintient toujours son engagement en matière de santé à travers l'action de son Centre social et d'initiatives municipal, la « Maison du Citoyen », qui porte notamment le dispositif « Passeport pour la Forme ».

L'analyse des besoins en santé menée en 2010 par l'ARS et l'atlas régional ont révélé des données sociales et sanitaires faisant du territoire d'Argentan un territoire prioritaire en matière de santé. Face à ce constat, et dans le but de pérenniser et de développer sa politique de santé, la Ville d'Argentan a accepté de s'inscrire dans une démarche de CLS, à la demande de l'ARS. Cette démarche ne saurait réussir sans un ancrage territorial fort et une articulation avec les dynamiques et dispositifs existants tels que :

- le Centre social et d'initiatives municipal (Maison Du Citoyen (MDC), dispositif Passeport pour la Forme),

- le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS),
- le soutien à la vie associative,
- le Programme de Réussite Éducative (PRE),
- le Contrat de Ville,
- le Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance (CLSPD).

Il est rappelé, que dans le but d'articuler au mieux la démarche de CLS avec la politique de cohésion sociale de la Ville, le CLS constituera également le volet santé du Contrat de Ville d'Argentan. Il lui sera annexé par la suite.

À noter qu'un projet de Pôle de Santé Libéral Ambulatoire (PSLA) est en cours sur le territoire d'Argentan, qui traduit également la volonté de travail commun entre les élus et les professionnels de santé. L'objectif de ce projet est de promouvoir et de redynamiser l'offre de soins de premier recours² sur Argentan, tout en renforçant les liens entre la ville et le Centre Hospitalier (CH).

Les dynamiques et partenariats engendrés par le CLS devront également venir s'articuler avec le projet de santé de ce futur équipement, ainsi qu'avec le nouveau projet d'établissement du CH d'Argentan, qui fera désormais parti du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Normandie-Centre.

C. L'action du Pôle d'Équilibre Territorial et Rural (PETR) Pays d'Argentan, d'Auge et d'Ouche

Le PETR Pays d'Argentan, d'Auge et d'Ouche a souhaité s'associer en tant que co-contractant à cette démarche de CLS, sur la base de ses compétences en matière de développement territorial et de services aux personnes.

L'ARS de Basse-Normandie a mené entre fin juin et fin septembre 2010, une consultation auprès de douze Pays, dont quatre dans l'Orne (Pays d'Ouche, Pays d'Alençon, Pays du Perche Ornaïs, Pays d'Argentan - Pays d'Auge Ornaïs), pour recenser les besoins de santé ressentis par les bas-normands.

Les deux pays d'Argentan-d'Auge Ornaïs et d'Ouche, ayant participé à cette consultation bas-normande, ont fait ressortir des priorités de santé qui ont contribué à fonder la démarche du CLS sur Argentan.

Enfin, la contractualisation du PETR Pays d'Argentan, d'Auge et d'Ouche paraît d'autant plus pertinente que son périmètre correspond globalement au périmètre de l'aire de patientèle du CH d'Argentan (si l'on exclut la partie Pays d'Ouche qui s'inscrit davantage dans l'aire de patientèle du CH de l'Aigle).

2 Loi HPST (art.36). - L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité [...]. Ces soins comprennent :

- « 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; »
- « 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; »
- « 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; »
- « 4° L'éducation pour la santé. »

D. L'action du Conseil Départemental de l'Orne

Le Conseil Départemental possède des compétences fortes en matière de santé et de social, c'est à ce titre qu'il s'associe au CLS. Parmi ses missions directement en lien avec le CLS, on peut citer l'accompagnement des seniors via l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) à domicile, l'aide ménagère, le soutien aux Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPAD), l'enfance et famille, la prévention santé, ou le domaine des personnes handicapées avec la prestation de compensation du handicap (PCH) ainsi que l'aide sociale à l'hébergement des personnes handicapées.

E. L'action de la Préfecture de l'Orne

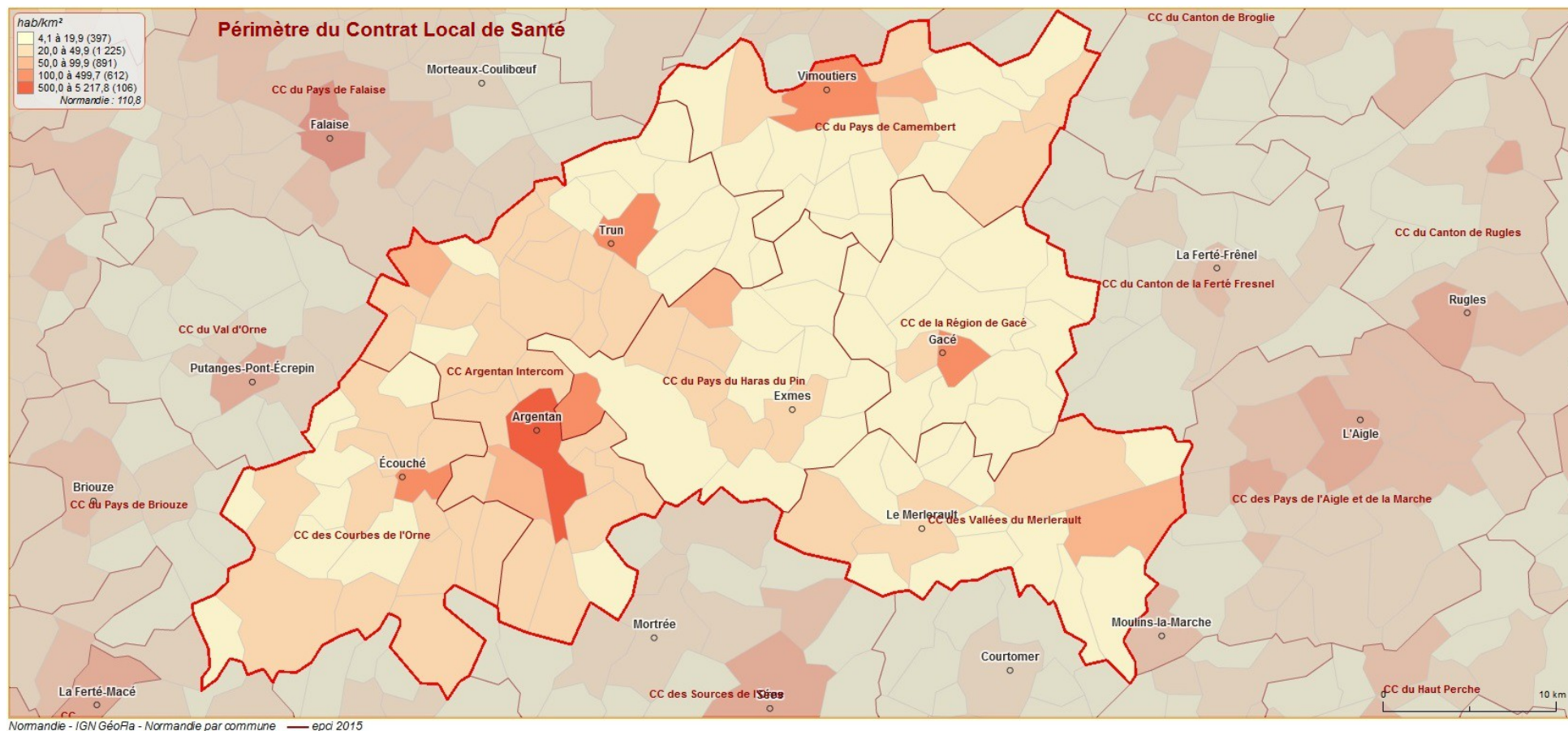
Le CLS ayant vocation à devenir le volet Santé du Contrat de Ville d'Argentan, la préfecture de l'Orne y est nécessairement associée, au titre de la Politique de la Ville en premier lieu.

La préfecture est également en charge de mettre en œuvre localement les orientations de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA), pour lesquelles elle mobilise des crédits via un appel à projet, dont l'instruction est gérée conjointement avec l'ARS.

Plus largement, l'engagement de la préfecture dans le CLS apparaît comme d'autant plus pertinent et fondamental qu'elle agit, avec ses services déconcentrés, dans de nombreux domaines de compétences en lien avec les politiques de cohésion sociale et de santé, notamment : le Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD), la lutte contre la pauvreté, la Jeunesse, la Vie associative, le Sport, ou encore la gestion du Fond Interministériel de Prévention de la Délinquance (FIPD).

3/ Le diagnostic local de santé

A. Présentation du territoire concerné par le CLS



Le CLS d'Argentan s'étend sur un périmètre élargi, regroupant plusieurs communautés de communes³. Ce choix répond à une nécessité de cohérence, le principe étant de faire correspondre le territoire de cette politique de santé à celui de l'aire de patientèle du CH d'Argentan. Ce territoire se compose de 6 communautés de communes (CC) :

- « Argentan Intercom » : 23 745 habitants
- « Pays de Camembert » : 7 406 habitants
- « Courbes de l'Orne » : 6 617 habitants
- « Vallées du Merlerault » : 4 625 habitants
- « Pays du Haras du Pin » : 4 269 habitants
- « Région de Gacé » : 4 177 habitants

Au 1er janvier 2017, les communautés de communes d'Argentan Intercom, des Courbes de l'Orne et du Pays du Haras du Pin vont fusionner. Il en est de même pour les communautés de communes du Pays de Camembert, des Vallées de Merlerault et de la Région de Gacé. Il n'y aura donc plus que deux grandes intercommunalités, regroupant le même nombre d'habitants.

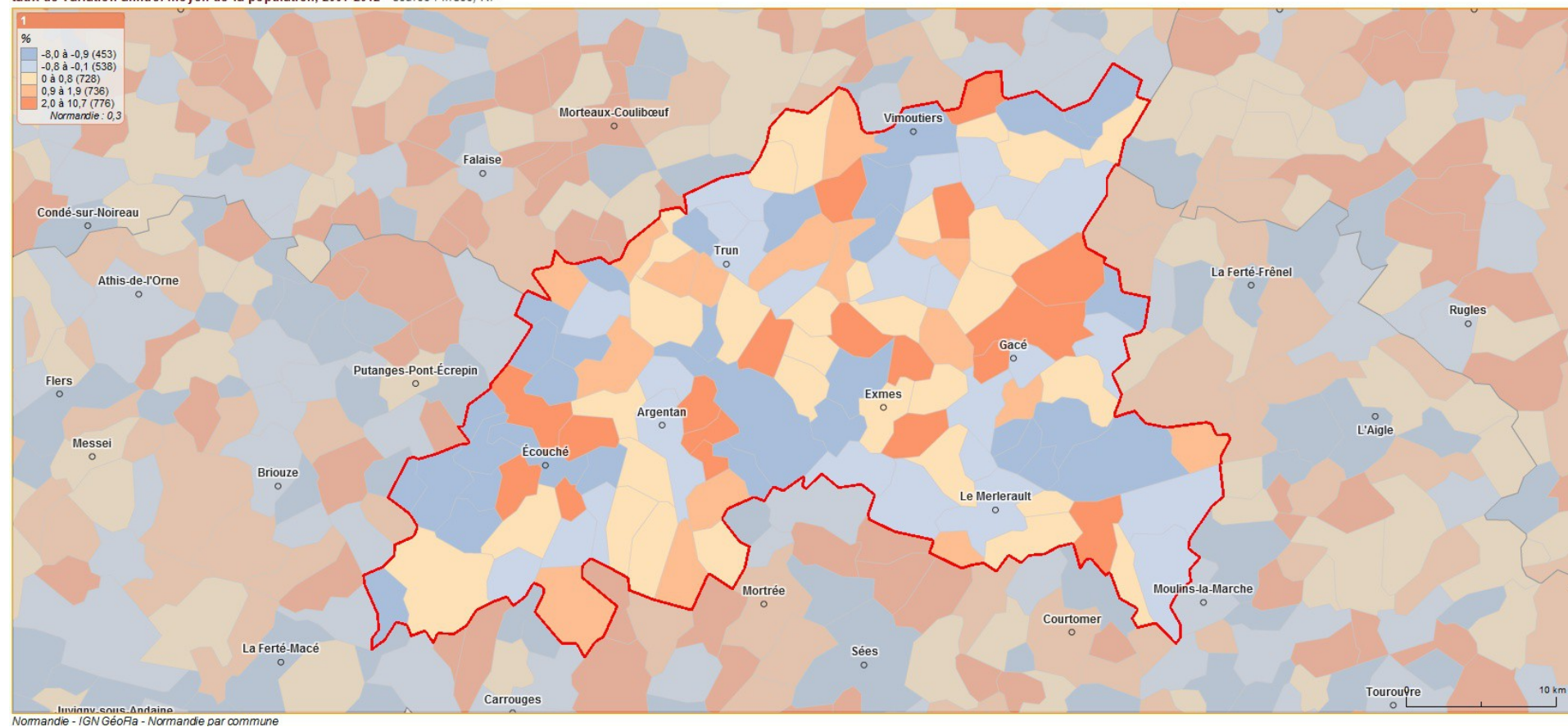
Ce périmètre compte en tout 122 communes, soit 50 849 habitants (INSEE RGP 2012). Il s'agit d'un territoire à dominante rurale, la densité moyenne de population y est faible (43 hab.km² en 2010). En plus de la ville-centre d'Argentan (14 220 habitants), on distingue 4 pôles principaux : Vimoutiers (3640 habitants), Gacé (1 969 habitants), Trun (1308) et Ecouché (1 306).

Globalement, le territoire a subi une légère baisse de population ces dernières années : on comptait 53 136 habitants en 1999 versus 50 849 en 2012 (INSEE RGP). Néanmoins, les dynamiques démographiques varient fortement d'une localité à une autre. En effet, si la ville-centre d'Argentan a subi une perte importante de population entre 2007 et 2012 (- 2,9%), cette perte s'est faite au profit des communes alentours, plus attractives notamment pour les classes moyennes. Son solde naturel permet néanmoins à la ville-centre de diminuer les effets de ces départs. On constate un phénomène similaire sur les pôles de Vimoutiers, d'Ecouché et de Gacé.

3 Ce diagnostic correspond à un état de lieux à l'année 2016. Comme explicité plus tard, les communautés de communes évoquées ici n'existeront plus à partir du 1er janvier 2017

Taux de variation de la population

taux de variation annuel moyen de la population, 2007-2012 - source : Insee, RP



(Source : INSEE RGP, 2007-2012, SISTER, Région Normandie, IGN Géo-Fla)

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé d'un individu se définit comme « *Un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

Il s'agit au travers de ce portrait de territoire, de mieux connaître les facteurs pouvant influencer cet état de santé des populations, qu'il s'agisse de comportements individuels, de facteurs sociaux ou liés plus globalement à l'environnement, comme l'offre de soins à disposition par exemple. Il s'agit en somme de mettre en lumière les déterminants de santé marquants, propres au territoire.

Le diagnostic qui suit est basé à la fois sur des données quantitatives disponibles sur les différentes bases de données (INSEE, Système d'Informations Statistiques Territorialisé en Région Normandie (SISTER), Carto Santé) et des constats émis par les professionnels de terrain, relevés au cours des travaux d'élaboration du contrat.

B. Un contexte social fragile et inégalitaire

B.1 Un territoire marqué par la précarité

En matière d'état de santé et d'accès aux soins, la question des revenus des populations est un important facteur. Sur le territoire du CLS, le revenu médian des ménages est assez bas, comparativement à la moyenne régionale. On observe de fortes disparités selon les espaces (cf. tableau ci-dessous⁴). Les territoires les plus touchés par la pauvreté sont la Communauté de Communes (CC) du Pays d'Argentan (devenu depuis Argentan Intercom, avec un périmètre élargi) et celle du Pays de Camembert. Les revenus les plus élevés en revanche, se trouvent au sein des CC du Pays du Haras du Pin, et celles des Courbes de l'Orne.

	Médiane du revenu disponible par unité de consommation (en euros, 2012)	Taux de pauvreté en 2012 (en%)
EPCI de La CC du Pays d'Argentan (Argentan Intercom N.D)	17330	19.5
EPCI de La CC des Courbes de l'Orne	18779	12.6
EPCI de La CC du Pays de Camembert	16623	23.1
EPCI de La CC du Pays du Haras du Pin	18915	13.6
EPCI de La CC de la Région de Gacé	17340	19.9
EPCI de La CC des Vallées de Merlerault	17856	16.6

Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-Ccmsa, Fichier localisé social et fiscal, 2012

EPCI : Établissements Publics de Coopération Intercommunale

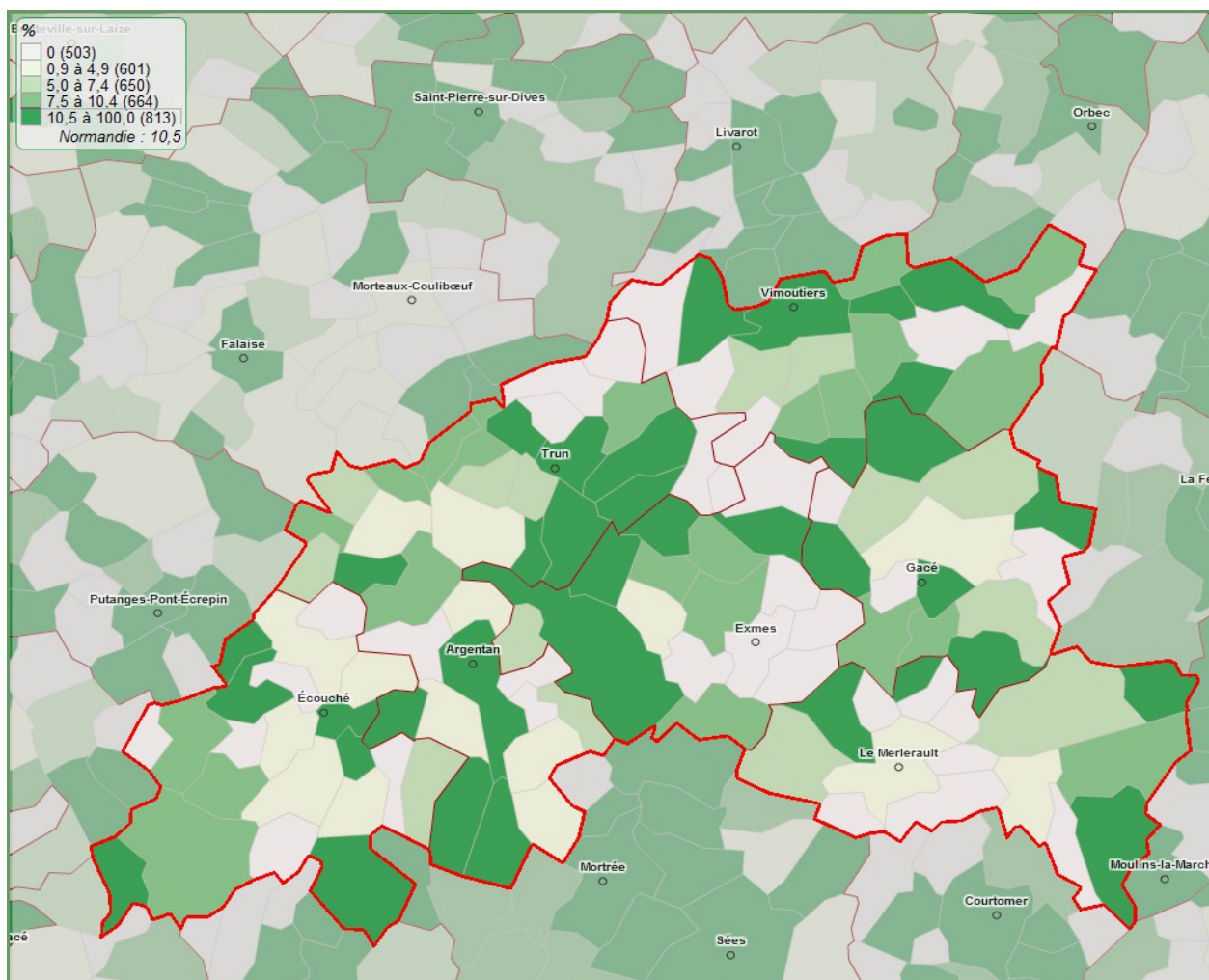
4 Le revenu disponible par unité de consommation est une mesure des revenus disponibles (revenus d'activité, revenus du patrimoine, transferts en provenance d'autres ménages, prestations sociales etc.) qui tient compte de la taille et de la composition des ménages (Insee). C'est la donnée que l'on utilise généralement pour mesurer le niveau de vie.

À noter que, concernant les EPCI du Pays d'Argentan et du Pays du Camembert, ce sont les villes-centre qui concentrent le plus de pauvreté et font augmenter la moyenne du territoire intercommunal :

- Taux de pauvreté⁵ pour les communes d'Argentan et de Vimoutiers : respectivement 23,1 % et 27 % en 2012.

Cet élément est à mettre en résonance avec le taux de chômage observé dans chaque localité. En effet, on s'aperçoit que les pôles urbains sont également touchés par un chômage important :

Cartographie du taux de chômage



Source : INSEE, 2012, SISTER, Région Normandie, IGN-GéoFla

5 Taux de pauvreté : correspond à la proportion d'individus (ou de ménages) dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à un seuil, dénommé seuil de pauvreté (exprimé en euros). Ce seuil de pauvreté est fixé en général à 60% du niveau de vie médian.

Taux de chômage chez les 15-64 ans	
Argentan	21,60%
Vimoutiers	25,4 %
Trun	15.8 %
Ecouché	14,2 %
Gacé	19,1 %
Orne	12,7 %
France Métropolitaine	13,10%

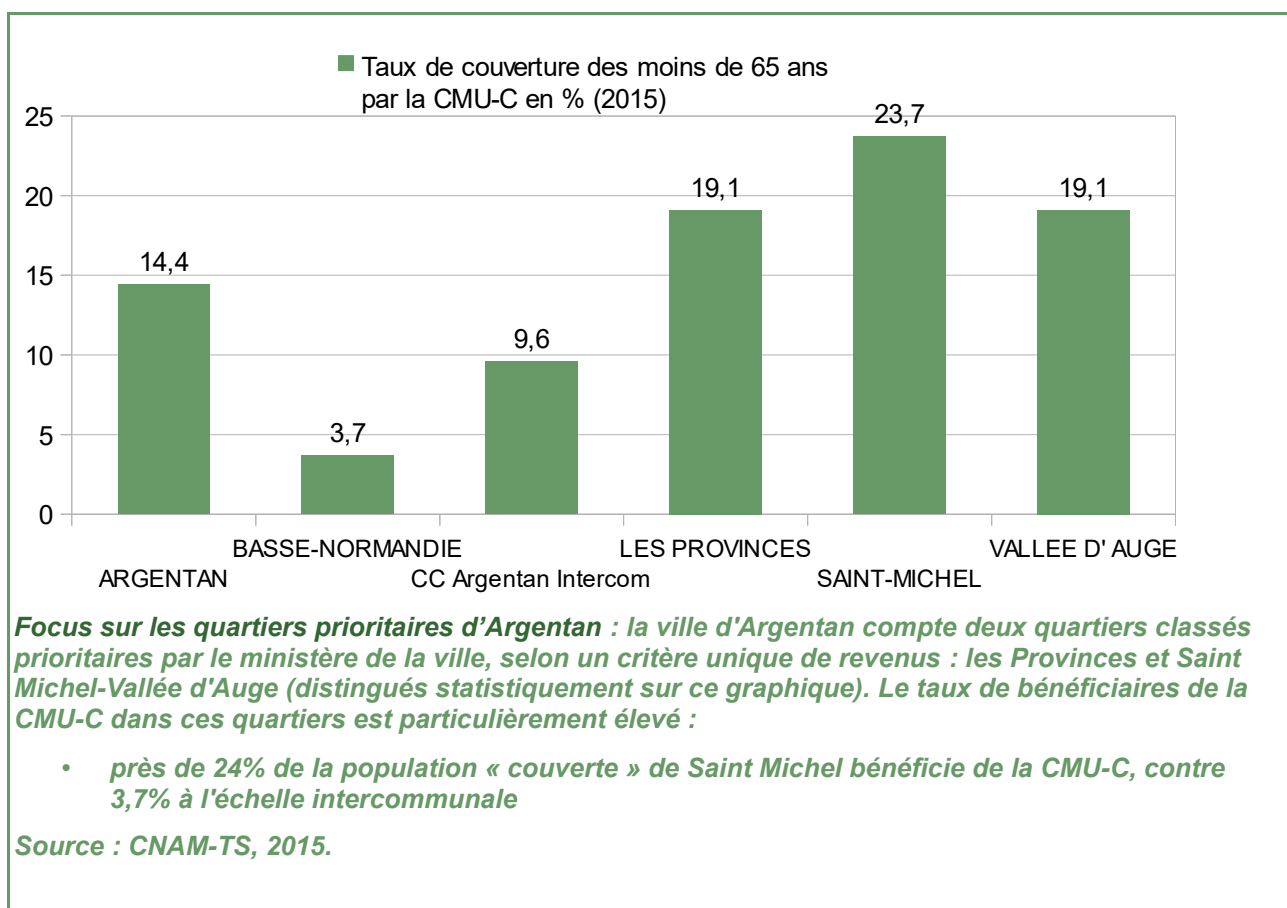
Source : Insee 2013

En revanche, les zones plus rurales, en périphérie d'Exmes ou du Merlerault par exemple, semblent beaucoup moins touchées par le chômage. Pour autant, cela ne signifie pas que la population de ces communes rurales ne rencontre pas de difficultés. Cette cartographie du chômage permet d'expliquer en partie les départs de populations observées précédemment dans les centralités. Le territoire se caractérise donc par une précarité des populations, plus particulièrement marquée dans les villes-centres et dans les territoires ruraux éloignés de ces pôles.

B.2 Un accès aux soins plus difficile

Une autre donnée à prendre en compte en matière de précarité et d'accès aux soins est le nombre de bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle-Complémentaire (CMU-C).

- Sur le territoire du CLS, on constate que le taux de bénéficiaires s'élève à 7,8 % de la population couverte, alors qu'il n'est que de 6,8 % à l'échelle régionale (Atlas Régional de Santé, ARS, 2010).
- Ce ratio varie fortement selon les territoires, au même titre que les inégalités de revenus observées précédemment. Par exemple, la ville-centre d'Argentan compte 14,4 % de bénéficiaires de la CMU-C (CNAMTS, 2015)



Le fait d'être bénéficiaire de la CMUC-C, s'il facilite l'aspect financier de l'accès soins, reste un indicateur préoccupant en matière de santé. Comme le souligne le rapport 2013-2014 du Fond de Financement de Protection Universelle la Couverture du Risque Maladie (*La dépense moyenne par bénéficiaire de la CMUC-C, 2013-2014*), la fréquence des pathologies chez les bénéficiaires de la CMU-C est plus élevée que chez les bénéficiaires du régime général, en particulier en ce qui concerne les maladies chroniques.

- Par exemple, à l'échelle nationale en 2012, la fréquence du diabète chez les bénéficiaires CMU-C est 2,2 fois supérieure à celle des bénéficiaires du régime général.
- Concernant les maladies psychiatriques, ce ratio s'élève à 2,5.

→ **ENJEU : Les disparités de revenus constatées sur le territoire sont un facteur premier des inégalités sociales de santé. Les populations les plus précaires, concentrées davantage dans les centres urbains et les espaces ruraux éloignés, ont des besoins et des comportements de santé différents de ceux des habitants des couronnes périurbaines.**

Lors des groupes de travail, les participants ont fait remonter le constat d'un recours systématique de certaines populations au service d'urgences de l'hôpital, plutôt que de faire appel en amont aux soins de ville. Lorsqu'ils sollicitent enfin des soins, beaucoup de patients sont arrivés à un stade avancé de la pathologie, lorsqu'ils ne renoncent pas complètement aux soins.

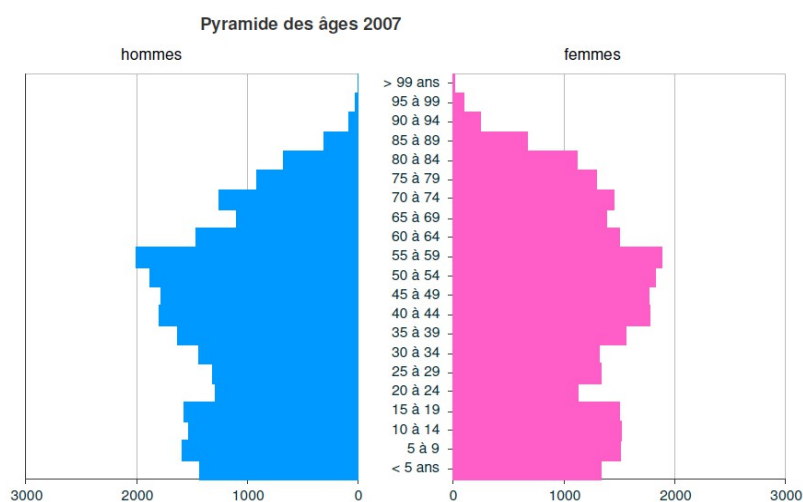
Les participants ont souligné que les difficultés sociales vont souvent de pair avec des modes de vie inadéquats au maintien d'un bon état de santé (activités physiques, habitudes alimentaires, tabagisme etc.). Ces constats expliquent en partie la corrélation soulignée par le rapport du Fonds de financement de la CMU entre le fait d'être bénéficiaire de la CMU-C et l'état de santé d'un individu.

C. Une population vieillissante et de plus en plus dépendante

C.1 Un vieillissement observable sur tout le territoire

Le territoire se caractérise également par un poids important de la catégorie des plus de 60 ans, comme le montre la pyramide des âges ci-après.

- 29,5 % des personnes ont 60 ans et plus, ce qui est caractéristique d'un territoire rural (Insee, RP 2012, exploitation ORS⁶)
- L'indice de vieillissement⁷ se situe autour de 94, contre un indice régional de 82,7, et un indice national de 71,9 (Insee, RP 2012, exploitation ORS)



Source : INSEE, RP exploitation principale, 2007, Périmètre du CLS

	Indice de grand vieillissement	Rapport de dépendance
Périmètre CLS (+ CC des sources de l'Orne)	52,2	82,3
Basse-Normandie	50,0	77,7
France métropolitaine	47,6	72,2

L'indice dit « de grand vieillissement » (part des personnes de plus de 80 ans ou plus pour 100 personnes de 65-79 ans), est également assez préoccupant :

Sources : Insee, recensement de la population, exploitation ORS, 2012

6 Les statistiques données par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) ont été réalisées à l'échelle de l'ancien Pays d'Argentan Pays d'Auge Ornaïs, qui intégrait à l'époque la CC des Sources de l'Orne

7 Indice de vieillissement : Nombre de personnes de 65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans

La proportion de personnes très âgées, a priori plus dépendantes, est une caractéristique forte du territoire. Un autre indicateur permet de compléter ce constat : il s'agit du « rapport de dépendance », qui s'élève à 82,3 pour le territoire du CLS, contre 77,7 à l'échelle de l'ex-Basse-Normandie. Selon l'Organisme de Coopération et de Développement Economique (OCDE), le ratio de dépendance démographique désigne le rapport du nombre d'individus supposés « dépendre » des autres pour leur vie quotidienne – jeunes et personnes âgées – et le nombre d'individus capables d'assumer cette charge (en âge de travailler).

Ce rapport est donc calculé en rassemblant la part des personnes de moins de 20 ans et de 65 ans ou plus, rapportée à 100 personnes de 20 à 64 ans. Au regard de la pyramide des âges, c'est probablement la part des 65 ans qui fait augmenter ce rapport de dépendance, davantage que la part des moins de 20 ans.

C.2 Les territoires ruraux : les plus impactés

Il convient toutefois de noter que ce vieillissement est assez contrasté selon les endroits du territoire, comme le montrent la cartographie du vieillissement (cf. annexe 2).

Si l'on compare cette carte avec les chiffres des revenus médians et du taux de chômage, on constate que certains territoires aux revenus très faibles sont aussi les territoires où le vieillissement et la part des retraités sont les plus importants. C'est le cas notamment des communes de Vimoutiers, du Sap, de quelques communes situées en périphérie de Trun, celles situées au nord de la CC du Pays Haras du Pin (la commune de Survie, de Saint Pierre des Loges par exemple), ou encore de la commune du Merlerault. Ces communes ont un profil de population plutôt âgée, et/ou qui bénéficie de très petits revenus. Ce sont par conséquent des territoires particulièrement fragilisés.

En revanche, force est de constater que les communes plus « jeunes », du moins pour lesquelles l'indice de vieillissement reste faible au regard de la moyenne régionale, sont souvent les communes les moins précaires sur le plan des revenus et du taux de chômage. C'est le cas d'une grande partie de la périphérie d'Argentan et de celle d'Ecouché.

Enjeu → Les populations vieillissantes ont de forts besoins en matière de santé, d'aide et d'accompagnement à la vie quotidienne. La question du vieillissement est très nettement l'un des enjeux prioritaires du territoire, en particulier pour les territoires les plus ruraux, plus éloignés des équipements de santé et des structures médico-sociales. L'habitat très dispersé et la faible densité de population constituent un frein supplémentaire à la mobilité des personnes vieillissantes, et contraignent aussi fortement celle des professionnels de l'aide à domicile.

De plus, les acteurs ont fait remonter la proportion grandissante de personnes très âgées isolées, sans entourage familial, sans proche susceptible d'être un soutien, et dont les besoins doivent être entièrement couverts par l'offre professionnelle pour permettre le maintien à domicile.

Les générations suivantes, potentiellement « aidantes » doivent également être observées de près. On l'a vu, le territoire affiche un ratio de dépendance assez élevé, ce qui signifie que le nombre d'aidants

potentiels pour le nombre de personnes dépendantes est assez faible. La question du soutien à ces aidants fait donc partie des réflexions à mener à l'heure actuelle, en particulier parce que ces derniers vieillissent à leur tour (cf. pyramide des âges p.17).

Au regard de tous ces aspects, la prévention et l'anticipation des pertes d'autonomie constituent sans nul doute un axe très fort d'intervention, et ont par conséquent été définies comme un des trois axes stratégiques du CLS. Cet axe stratégique va dans le sens de la Loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015, qui prévoit la mise en œuvre d'une conférence des financeurs pour le développement de la prévention de la perte d'autonomie. Cette conférence devrait aboutir au développement d'un programme coordonné de prévention avec des partenaires comme les Caisses de retraite, l'ARS, l'ANAH etc.

Étant eux-mêmes de plus en plus âgés, il convient de prévenir aussi les risques d'épuisement des aidants. A noter que la loi ASV prévoit également le développement de l'aide aux aidants pour les bénéficiaires de l'APA. Enfin, l'ARS et le Conseil Départemental de l'Orne souhaitent adapter l'offre de services, en matière d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.

D. Une offre de soins inégale selon les territoires

Si les facteurs socio-démographiques et économiques ont un fort impact sur l'état de santé des populations, il convient également de s'attarder sur l'environnement, le contexte territorial dans lequel évoluent ces populations. L'offre de soins en particulier constitue un déterminant de santé environnemental majeur.

D.1 Une démographie médicale préoccupante

Le bassin de vie d'Argentan peut être considéré selon les critères du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) comme un territoire « défavorisé » en matière de démographie médicale : cela signifie que le territoire souffre à la fois d'une faible densité de médecins généralistes, mais aussi que la variation du nombre de ces médecins ces dernières années est négative (variation calculée entre 2007 et 2015). La densité de médecins généralistes est effectivement faible sur le territoire :

Répartition des omnipraticiens (%)

Nbre	Sélection %	France %
Total	20	20
Moins de 40 ans	5	11,8
40 à 49 ans	15	18,3
50 à 54 ans	22,5	16,7
55 à 59 ans	30	25,9
60 ans et plus	27,5	27,4

source : FNPS - 2014

- en 2014, on compte 7,9 omnipraticiens⁸ pour 10 000 habitants sur le territoire, la moyenne nationale s'élevant à 9,3 (source : FNPS 2014).

La répartition par âge des omnipraticiens (cf. tableau ci-contre⁹) est également préoccupante et laisse présager une accentuation du problème de démographie médicale.

⁸ Omnipraticien est un terme équivalent à celui de médecin généraliste

⁹ où Sélection = périmètre du CLS

On constate que la majorité des médecins sur le territoire a plus de 55 ans, soit 57,5 % des praticiens, contre 53,3 % à l'échelle nationale. Si cet écart peut sembler raisonnable, la donnée plus préoccupante est la proportion des moins de 40 ans, qui ne constitue que 5 % des omnipraticiens, contre une moyenne nationale de 11,8%. La faible représentation des « jeunes médecins » indique que le territoire est peu attractif pour ces derniers, et que le renouvellement des effectifs se fait très difficilement sur le territoire.

D.2 Une couverture inégale du territoire pour les soins de premiers recours

Les médecins généralistes de ville se concentrent essentiellement sur la ville-centre d'Argentan (qui compte actuellement 15 généralistes omnipraticiens, après en avoir perdu 4 entre 2009 et 2014 (source: SNIRAM). Cette forte concentration sur la ville-centre est également caractéristique des autres professions de soins de premier recours.

Répartition de l'offre de soins de premier recours (2014)

Communes	Pop.	Nb d'omni.	Nb inf.	Nb MK	Nb chir. dent.
Argentan Intercom	23 745	18	24	13	12
CC du Pays de Camembert	7 406	8	7	4	2
CC des Courbes de l'Orne	6 617	6	14	1	0
CC des Vallées du Merlerault	4 625	4	2	1	3
CC du Pays du Haras du Pin	4 279	0	3	1	0
CC de la Région de Gacé	4 177	4	5	4	1

source : FNPS 2014 - INSEE 2012

(*professions libérales, où omni.=omnipraticiens, inf.=infirmiers, MK= Masseurs Kinésithérapeutes, chir.dent.=chirurgiens dentistes)

En 2014, on comptait 40 omnipraticiens sur l'ensemble du territoire. Là encore, on observe des disparités importantes entre les territoires en matière d'offre de soins.

- La C.C du Haras du Pin semble particulièrement sous-dotée au regard de sa population, on ne comptait aucun médecin en 2014.
- Bien que le C.C d'Argentan Intercom concentre la majorité des praticiens, elle se situe dans la moyenne faible avec une densité de 7,6 pour 10 000 habitants.
- En revanche, la C.C du Pays de Camembert apparaît comme très correctement dotée, la densité d'omnipraticiens s'élevant à 10,8 médecins pour 10 000 habitants.

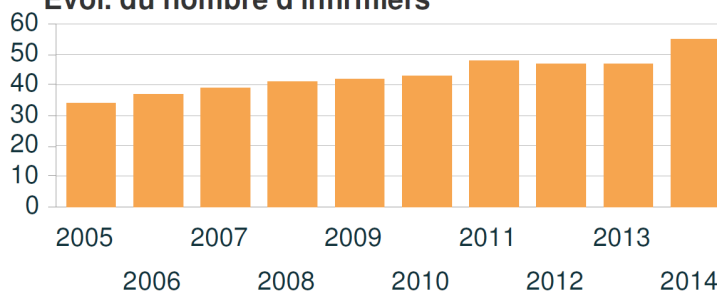
Cette concentration sur Argentan se retrouve aussi dans la répartition territoriale des infirmiers libéraux. En revanche, l'offre globale de soins infirmiers semble moins préoccupante que celle en médecine généraliste. Si la densité pour 10 000 habitants reste plus faible sur le territoire que la moyenne nationale (10,8 contre 12,5), il convient de noter que le nombre d'infirmiers sur le territoire a augmenté de façon très significative entre 2005 et 2014. Ils sont également plus jeunes, puisque 36,4 % d'entre eux ont moins de 40 ans, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne nationale (cf. tableau ci-après¹⁰).

Répartition des infirmiers (%)

	Sélection	France
Total	20	20
Moins de 40 ans	36,4	32,3
40 à 49 ans	34,5	32,4
50 à 54 ans	16,4	14,7
55 à 59 ans	9,1	14,6
60 ans et plus	3,6	5,9

source : FNPS - 2014

Evol. du nombre d'infirmiers



source : FNPS

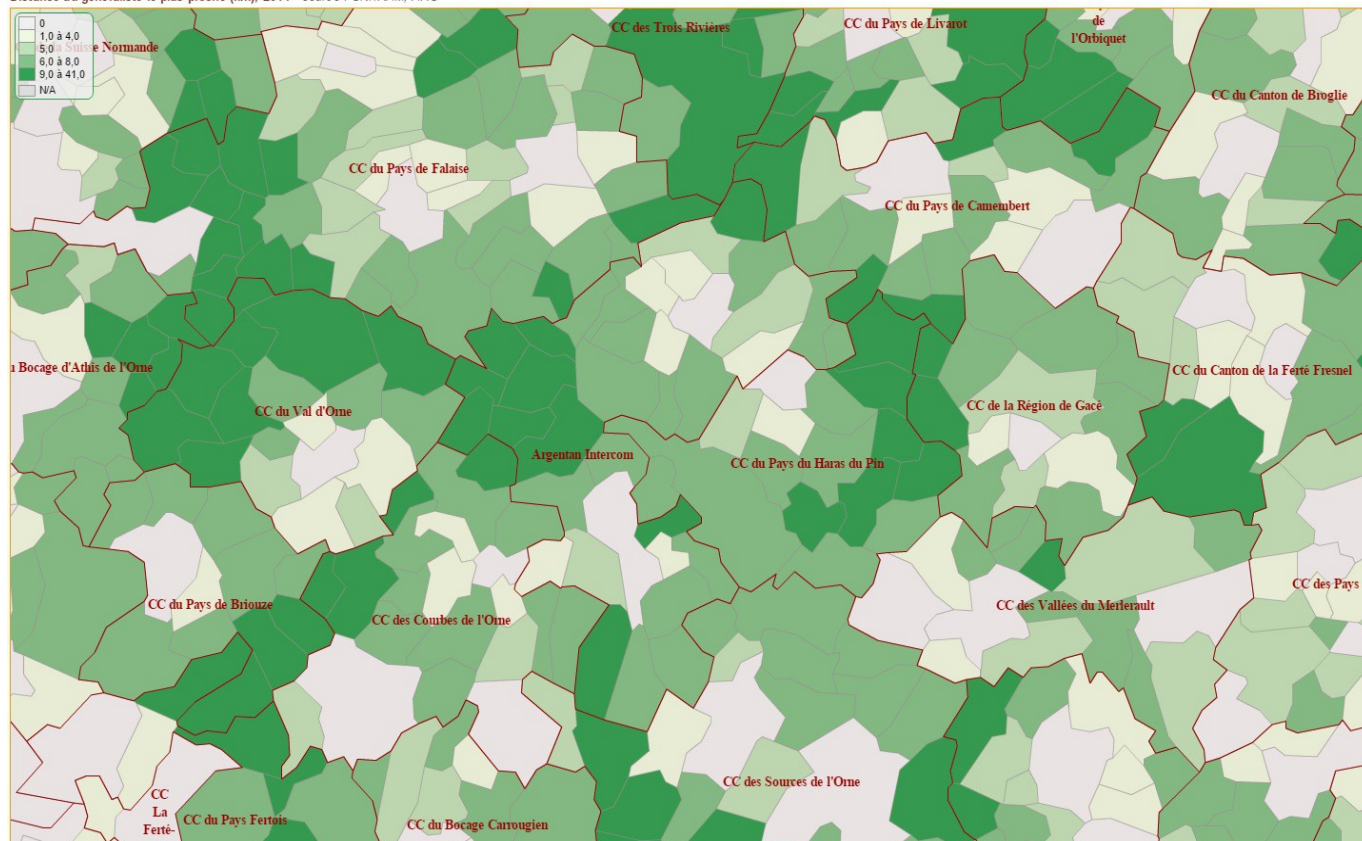
À noter que le territoire du CLS comprend également 3 structures SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile) et 3 CSIP (Centres de Soins Infirmiers et Polyvalents). Malgré une couverture correcte du territoire par l'offre de soins infirmiers, il convient de préciser que la dispersion de l'habitat et la faible densité de population impactent significativement le temps consacré aux déplacements professionnels. En moyenne sur le territoire, les indemnités de déplacements représentent 27 % du coût global moyen de l'activité d'un infirmier, contre une moyenne nationale de 21 % (SNIR, 2014).

Si la mobilité des professionnels de soins est impactée, celle des bénéficiaires l'est aussi. La cartographie de la distance au généraliste le plus proche (en kms), permet d'appréhender plus finement les problématiques de déplacements pour les patients. Au nord d'Argentan Intercom (Communes d'Occagnes, Montabard, Nécy, Ronai, Ri, Commeaux et Brioux), les habitants doivent parcourir au moins 10 kms pour arriver chez un généraliste. C'est aussi le cas d'un grand nombre de communes du Pays du Haras du Pin.

10 Où « Sélection » = périmètre du CLS

Distance au généraliste le plus proche (en kms, 2014)

Distance au généraliste le plus proche (km), 2014 - source : SNIRAM, ARS



(Source : SNIRAM ARS, Carto Santé, IGN GéoFla 2014)

Enjeu → Cet état des lieux de l'offre de soins de premier recours apparaît comme préoccupant, tant sur le plan démographique que géographique. La configuration actuelle de l'offre nécessite une forte capacité de mobilité pour de nombreux habitants du territoire, et constitue un facteur d'accroissement de l'isolement de certaines populations (personnes âgées, ménages non motorisés, personnes à mobilité réduite).

De plus, aux dires des participants aux groupes de travail, ce constat peut aussi se généraliser à d'autres types de services et de professions, ceux du médico-social notamment (aides à domicile, assistantes sociales), qui voient tous leurs temps de trajet prendre une part grandissante dans leur activité professionnelle.

D.3 Un Centre Hospitalier dynamique

Le CH d'Argentan a connu depuis le milieu des années 2000, un accroissement important de son activité. En effet, en 2005 ont démarré les travaux d'extension de l'hôpital, qui ont engendré une réorganisation importante des services et l'acquisition de moyens et matériels supplémentaires. Ce projet a permis de pallier le manque d'offre occasionné par la fermeture de la clinique privée en 2007. Suite à cette extension du bâtiment, d'autres projets sont nés :

- acquisition d'un scanner en 2006,
- construction d'une « rue médicale » en 2007 (accueillant notamment des cabinets médicaux, le Centre Psycho-social de l'Orne ou encore l'association Soins Santé),
- implantation en 2013 de l'institut de formation d'aides-soignants, d'un espace d'éducation thérapeutique du patient,
- extension supplémentaire inaugurée en 2015,
- transfert de la maternité de Falaise en 2015.

Panorama de l'activité du CH en 2015

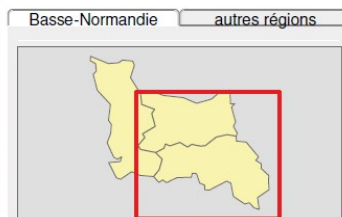
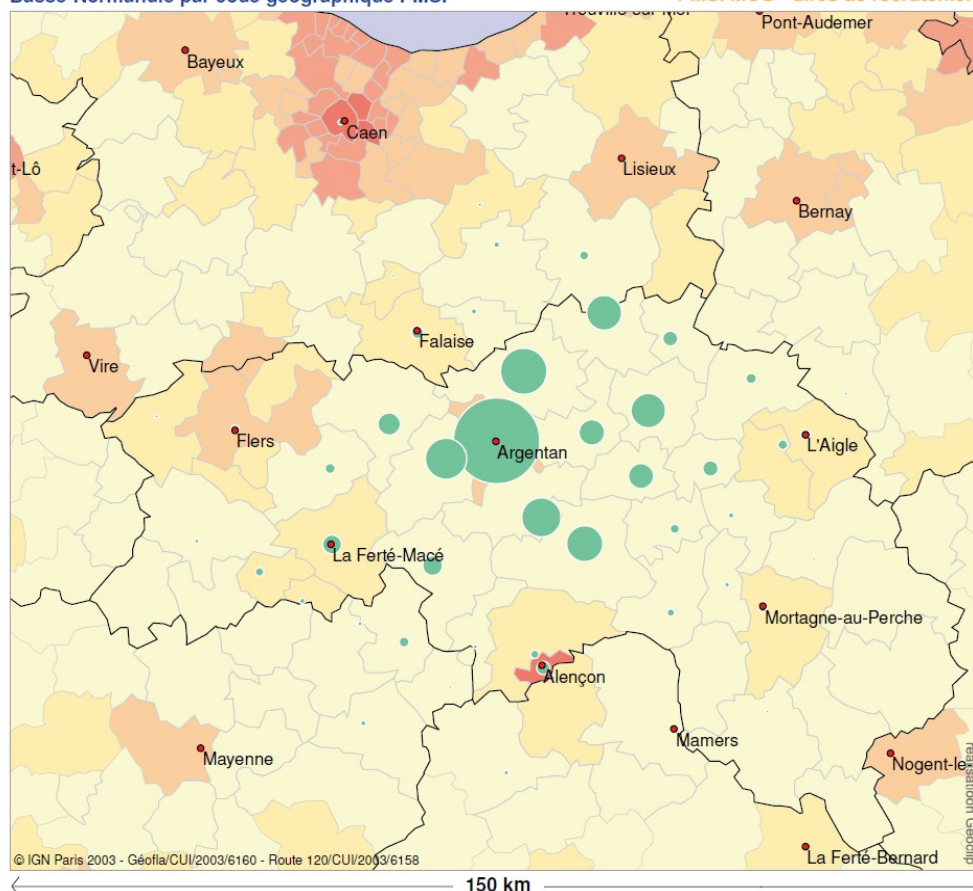
<u>Activités cliniques et médico-techniques</u>	<u>Activités transversales</u>	<u>Plateau technique</u>
130 154 actes et consultations externes 7 669 actes de scanner 4 691 interventions chirurgicales 594 naissances 20 693 passages aux urgences 671 sorties SMUR primaires 52 sorties SMUR secondaires	Structure douleur chronique Équipe mobile soins palliatifs Éducation thérapeutique du patient Permanence d'accès aux soins (PASS) Assistantes sociales Diététiciennes Kinésithérapie-ostéopathie Relax-hypnose Institut de Formation d'Aides Soignants (IFAS)-Institut de Formation des Aides Médico-Psychologiques (IFAMP)	*1 service d'imagerie médicale de 6 salles de radiologie conventionnelle, 1 mammographe, 1 scanner *1 bloc opératoire central de 5 salles + 1 salle pour interventions sous anesthésie locale *1 salle de surveillance post interventionnelle de 9 postes de réveil *1 secteur d'endoscopie en gastro-entérologie et pneumologie *salles d'exploration en cardiologie et pneumologie *1 pharmacie à usage intérieur *1 stérilisation centrale * 1 espace Éducation Thérapeutique du Patient

Aire de recrutement du Centre Hospitalier (= origine géographique des patients en Médecine-Chirurgie-Obstétrique MCO, 2013)

cartographie du PMSI MCO - hors séances

Basse-Normandie par code géographique PMSI

PMSI MCO - aires de recrutement

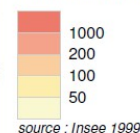


61 - CH - argentan , ARGENTAN (2013)



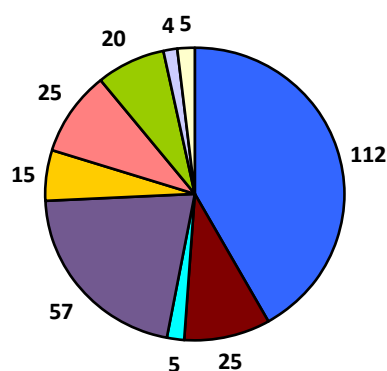
champ : tous les séjours
tapez ici votre commentaire...

densité de population en 1999 (hab./km²)



Capacités d'accueil Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) : 268 lits et places (2015)

- médecine interne, pneumologie, cardiologie, Hépatogastro-entérologie (112)
- Court séjour gériatrique (25)
- Hôpital de jour médecine (5)
- Chirurgie viscérale, orthopédique, urologique, ORL, OPH (57)
- Chirurgie ambulatoire (15)
- Gynécologie obstétrique (25)
- Pédiatrie (20)
- USC (4)
- UHCD (5)



Capacités d'accueil moyen séjour et Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD)

- Soins de suite et de réadaptation (SSR) : 25 lits,
- EHPAD d'Argentan, Aliénor d'Aquitaine et Thomas Becket : 123 lits,
- Le CH d'Argentan dirige également les EHPAD de Trun, Ecouché et Carrouges

On compte également sur le territoire un hôpital local situé à Vimoutiers, l'hôpital Marescot avec lequel le CH d'Argentan collabore en particulier sur la gynécologie et l'ophtalmologie, et qui comprend :

- un service de médecine : 18 lits,
- un SSR : 25 lits,
- un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) : 39 lits,
- un EHPAD

Enjeu → L'offre de soins hospitaliers est un atout fort du territoire. Le CH d'Argentan est une structure qui a vocation à accroître et concentrer encore davantage d'activités. La loi Santé 2016, qui prévoit la création de Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) devrait amener le CH à renforcer sa collaboration avec les autres hôpitaux du territoire, en particulier ceux de Vimoutiers, Falaise et Caen, qui feront partie du même GHT « Normandie Centre » et seront dotés d'un Projet Médical Partagé (PMP).

L'offre médico-sociale, qui impacte aussi grandement l'accès aux soins, et donc plus généralement l'état de santé des populations, doit aussi être prise en compte dans le diagnostic. Le territoire du CLS bénéficie d'un nombre d'établissements et de structures spécialisés non négligeables, mais encore insuffisant aux dires des participants aux groupes de travail.

E. Les grandes causes de décès sur le territoire

Le diagnostic de santé permet de mettre en lumière les nombreux facteurs susceptibles d'impacter l'état de santé du territoire. Pour compléter le portrait de cet état de santé, sont répertoriées ci-après les causes directes de la mortalité prématurée observée sur le territoire d'Argentan.

L'indicateur « Taux de mortalité Comparé » correspond « *au taux que l'on observerait dans la région ou dans le territoire du CLS si ces différents échelons géographiques avaient la même structure par âge que la population de référence (France métropolitaine au RP 2009). Les taux comparatifs de mortalité éliminent les effets de la structure par âge et autorisent les comparaisons entre les sexes et les échelons géographiques* » (définition de l'Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie (ORS)).

Taux comparatif de mortalité (TCM)

	Toutes Causes Hommes	Toutes Causes Femmes	Mortalité prématurée (moins de 65 ans) Hommes	Mortalité prématurée (moins de 65 ans) Femmes
Territoire du CLS + CC. Des sources de l'Orne	1231,7	680,8	320,2	150,2
Basse-Normandie	1167,8	650,1	324,0	136,0
France métropolitaine	1122,5	651,0	289,7	131,3

Sources : Insee, Inserm CépiDc, Exploitation ORS, 2006-2011

Le territoire du CLS présente une mortalité générale masculine significativement supérieure à celle observée en France métropolitaine et en ex-Basse-Normandie. Avant 65 ans (mortalité prématurée), la mortalité féminine présente également une situation préoccupante. Cette mortalité inquiétante montre d'autant plus la nécessité pour le territoire de se doter d'une politique de santé ambitieuse.

Taux comparatif de mortalité par cause de décès

	Maladies de l'appareil circulatoire Hommes	Maladies de l'appareil circulatoire Femmes	Mortalité prématurée liée à une consommation excessive d'alcool Hommes	Mortalité prématurée liée à une consommation excessive d'alcool Femmes
Territoire du CLS + CC. Des sources de l'Orne	345,8	190,4	34,9	9,6
Basse-Normandie	319,1	189,0	44,4	9,6
France métropolitaine	295,7	184,0	34,3	8,4

Sources : Insee, Inserm CépiDc, Exploitation ORS, 2006-2011

On constate chez la population masculine une forte prédominance des maladies de l'appareil circulatoire dans les causes de mortalité, comparativement à la région et à la moyenne nationale.

Si la mortalité liée à la consommation excessive d'alcool reste dans la norme observée au niveau régional et national, la consultation des pays bas-normands et les travaux d'élaboration du PRS de 2010 ont souligné que

cette consommation excessive d'alcool, en particulier chez les sujets masculins, constituait une priorité forte pour le bassin d'Argentan : en 2010, on compte 20 décès liés à cette consommation excessive chez les hommes, et 4 chez les femmes.

Un autre constat préoccupant mis en avant par l'Atlas Régional de Santé en 2010 (ORS de Basse-Normandie) concerne la mortalité liée à la consommation de tabac dans le bassin d'Argentan (au périmètre presque équivalent au territoire du CLS) :

- L'indice comparatif de mortalité (ICM) lié à la consommation de tabac en 2010 était de 114 chez les hommes (indice 100 correspondant à la moyenne nationale).
- Le tabac aurait provoqué entre 2006 et 2010 la mort de 56 personnes en moyenne par an sur le territoire

Enjeu → Les données exposées ici montrent la place prépondérante des conduites addictives parmi les grandes causes de mortalité, particulièrement en ce qui concerne la consommation de tabac et d'alcool. La prévention et la lutte contre les conduites addictives constituent par conséquent un axe stratégique du présent CLS.

La prévention et la lutte contre les maladies chroniques (cancers, cardiopathies, maladies du métabolisme, obésité, diabète) constituent également un axe stratégique du CLS qui a émergé lors de l'analyse des besoins de santé. En effet, en plus des chiffres évoqués plus hauts, l'Atlas Régional de Santé montrait également pour le bassin d'Argentan :

- **Une part importante du cancer de prostate parmi les causes de mortalité masculine,**
- **Chez les sujets féminins, un nombre de décès dus aux tumeurs du sein également significatif,**
- **Une prescription d'anti-diabétiques élevée sur le territoire : la part de personnes ayant bénéficié d'une prescription d'anti-diabétiques s'élève à 3,5 % de la population, contre une moyenne régionale de 3 % (le territoire bas-normand le plus touché affichant un taux de 3,8 %).**

Les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui, en règle générale, évoluent lentement et sont souvent associées à une invalidité et à la menace de complications graves. Au regard du PRS, les trois domaines d'intervention à privilégier en matière de maladies chroniques sont le cancer, les maladies neuro-cardiovasculaires, et enfin les maladies métaboliques (diabète, obésité).

La lutte contre ces maladies chroniques implique d'agir principalement sur les déterminants de santé que sont la nutrition, l'activité physique, et plus largement de permettre le développement d'une « culture santé » auprès des populations.

Programme d'actions

À partir des éléments de diagnostics et des réflexions organisées avec les acteurs du territoire pour l'élaboration du présent CLS, trois axes stratégiques sont retenus et déclinés dans le programme d'actions suivant :

Tableau récapitulatif du programme d'actions		
Axe stratégique	Orientation	Intitulé de la fiche action
Agir sur les maladies chroniques et l'environnement santé	Orientation N°1 : Développer l'éducation pour la santé des plus jeunes et des populations en situation vulnérable	FA n°1 : Permettre aux enfants un accès, via la restauration scolaire, à une alimentation de qualité et équilibrée
		FA n°2 : Développer un programme d'actions coordonnées et cohérentes sur les facteurs de protection (alimentation, activité physique et environnement santé) à destination de tout public afin de prévenir les maladies chroniques
	Orientation N°2 : Développer l'éducation thérapeutique du patient en y incluant les aidants et l'entourage	FA n°3 : Renforcer/développer des programmes d'éducation thérapeutique à destination du patient et de son entourage
Renforcer l'accès aux soins et prévenir les conduites addictives	Orientation N°1 : Renforcer l'accès aux soins en addictologie	FA n°4 : Mise en œuvre d'une consultation avancée du CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) pour faciliter l'accès aux soins, dans le territoire.
		FA n°5 : Agir sur les difficultés d'accès aux droits et aux soins des patients (y compris en sortie d'incarcération) en améliorant la communication et la coordination entre les partenaires du réseau
	Orientation N°2 : Développer l'intervention précoce pour prévenir les conduites addictives	FA n°6 : Renforcer les Compétences Psycho-Sociales (CPS) des jeunes afin de limiter les conduites à risques
Lutter contre l'isolement et renforcer l'accès aux soins des personnes en perte d'autonomie	Orientation N°1 : Lutter contre l'isolement des populations vieillissantes et/ou avec handicap	FA n°7 : Renforcer la connaissance et l'accès à une activité physique et/ou sportive pour les populations avec handicap ou perte d'autonomie et amorcer un dialogue, avec les plus jeunes et le tout public, sur la pratique d'une activité physique et/ou sportive avec handicap ou perte d'autonomie, sans tabou
		FA n°8 : Renforcer les actions collectives, préventives, de proximité permettant aux populations vieillissantes d'échanger et de se rencontrer.
	Orientation N°2 Renforcer l'accès aux soins des populations vieillissantes et/ou avec handicap	FA n°9 : Mettre en place des instances et outils de coordination entre tous les intervenants auprès des populations vieillissantes et/ ou en situation de handicap
		FA n°10 : Mutualiser les formations aux professionnels de santé sur les problématiques de pertes d'autonomie
Axe transversal	Orientation : Développer la transversalité et l'interconnaissance entre les différents champs de compétences des professionnels	FA n°11 : Développer des temps d'échanges interprofessionnels entre professionnels du territoire

Axe 1 : Agir sur les maladies chroniques et l'environnement santé

Orientation n°1 : Développer l'éducation pour la santé des plus jeunes et des populations en situation vulnérable

- **Fiche-action 1 : Permettre aux enfants un accès, via la restauration scolaire, à une alimentation de qualité et équilibrée**
- **Fiche-action 2 : Développer un programme d'actions coordonnées et cohérentes sur les facteurs de protection (alimentation, activité physique et environnement santé) à destination de tout public afin de prévenir les maladies chroniques**

Orientation n°2 : Développer l'éducation thérapeutique du patient en y incluant les aidants et l'entourage

- **Fiche-action 3 : Renforcer/développer des programmes d'Éducation Thérapeutique à destination du Patient (ETP) et de son entourage**

Fiche-action N°1 (Axe 1, orientation 1)	Permettre aux enfants un accès, via la restauration scolaire, à une alimentation de qualité et équilibrée
<i>Diagnostic de la situation</i>	Prendre en compte la société de consommation : - « Lobbying » de la grande distribution : actions sur l'environnement / les circuits courts / le problème de l'offre / les produits phytosanitaires Prendre en compte les comportements : - la recherche du plaisir immédiat, la facilité d'accès - Faible intérêt à adhérer / à participer malgré un engagement pris - Difficulté à anticiper les achats alimentaires, à gérer le budget
<i>Objectifs spécifiques</i>	- Contribuer à l'amélioration de la qualité des repas au restaurant scolaire - Permettre aux enfants et aux parents d'être informés sur la qualité nutritionnelle des produits consommés - Permettre aux enfants de prendre conscience de l'importance du « bien-manger » et « du bien consommer »
<i>Objectifs opérationnels</i>	Au sein de la restauration scolaire : - Poursuivre l'accompagnement du personnel de la restauration scolaire en fonction des besoins (postures, représentations, connaissances, ...) - Poursuivre le développement des partenariats avec le monde agricole et les producteurs locaux (fournisseurs bio normands et notamment de l'Orne) - Poursuivre la communication avec la famille sur la qualité des produits consommés (logos Bio et Agriculture Bleu, Blanc Coeur), communiquer sur la traçabilité des produits et risques d'allergènes en utilisant différents outils (Facebook, rencontres parents,...) et sur le fonctionnement de la restauration scolaire en général. - Lutter contre le gaspillage alimentaire Pendant les temps périscolaires et les pauses méridiennes : - Soutenir les expériences menées au sein des écoles sur l'alimentation
<i>Promoteur de l'action</i>	Service Éducation d'Argentan Intercom Service partagé de Cuisine centrale (Ville d'Argentan/Argentan Intercom)
<i>Partenaires potentiels concernés</i>	Acteurs de l'enfance : Éducation nationale, directeurs d'écoles, parents d'élèves, centres de loisirs Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt en Normandie (DRAAF) Producteurs locaux Collectivités locales Instance Régionale d'éducation et de Promotion de la Santé (IREPS) Équipes d'animation des Temps d'Accueil Périscolaires (TAP)
<i>Description et modalités d'intervention</i>	Au sein de la restauration scolaire : Poursuivre l'accompagnement du personnel de la restauration scolaire en fonction des besoins - Identifier les besoins des agents et les situations rencontrées dans la pratique professionnelle, notamment sur : • Les postures éducatives, l'accompagnement à la consommation des aliments des enfants pendant la pause méridienne • Les représentations du fonctionnement de la restauration collective • Les connaissances en matière d'alimentation Poursuivre le développement des partenariats avec le monde agricole et les producteurs locaux. La restauration scolaire a recours à des fournisseurs bio normands et notamment de l'Orne.

	Poursuivre la communication avec la famille sur la qualité nutritionnelle des produits consommés et sur le fonctionnement de la restauration scolaire en général - La restauration scolaire utilise des logos pour identifier certains produits ou préparation : Bio et « Agriculture Bleu Blanc Cœur ». - Souhait de développer la communication, via un logiciel, sur la traçabilité des produits et les risques d'allergènes et en utilisant différents outils (Facebook, rencontres parents, site internet d'Argentan Intercom...). Pendant les temps périscolaires et les pauses méridiennes : - Soutenir les expériences menées au sein des écoles sur l'alimentation. Les écoles, via le service Éducation se sont d'ores et déjà saisies de projets via « La semaine du goût » - Un autre projet pourrait être envisagé via le Festival des Mots de la Gourmandises, porté par l'Espace Xavier Rousseau (EXR). Poursuivre ce travail en formant les animateurs des Temps d'Accueil Périscolaires (TAP) pour investir ces temps, du thème de l'alimentation : outils, stratégies d'intervention efficaces. Lutter contre le gaspillage alimentaire : Sensibiliser les utilisateurs des restaurations scolaires - Organiser au sein des restaurants scolaires, des pesées des déchets avec les enfants - Sensibiliser les familles à la question du respect des inscriptions, des problèmes de pointage qui engendrent nécessairement du gaspillage - Évaluer le ressenti des enfants sur leurs assiettes via des questionnaires, pour mieux adapter les recettes et diminuer ainsi les déchets
Public cible	Les enfants et leurs parents
Calendrier	Année 2017 : Poursuite de l'accompagnement du personnel, de la communication avec les familles ainsi que la sensibilisation des enfants au gaspillage. Démarrage du travail avec les équipes des Temps d'Accueil Périscolaires (TAP) afin de monter des projets en lien avec l'alimentation. Année scolaire 2017-2018 : développement de nouveaux projets via les Temps d'Accueil Périscolaires (TAP) sur l'alimentation.
Secteur géographique	Écoles d'Argentan Intercom
Évaluation	Évaluation du processus Poursuivre l'accompagnement du personnel de la restauration scolaire en fonction des besoins • Adéquation besoins / accompagnement proposé Poursuivre le développement des partenariats avec le monde agricole et les producteurs locaux • Nombre de nouveaux partenariats développés avec les producteurs locaux • Part des aliments issus du bio et des producteurs locaux Poursuivre la communication avec la famille sur la qualité nutritionnelle des produits consommés et sur le fonctionnement de la restauration scolaire en général • Nombre de nouveaux outils de communication avec les familles sur la qualité nutritionnelle des produits • Diminution des écarts entre le nombre d'inscrits et le pointage Pendant les temps périscolaires et les pauses méridiennes : Soutenir les expériences menées au sein des écoles sur l'alimentation. • Nombre d'expériences menées et notamment dans les écoles implantées dans les quartiers politique de la ville • Nombre d'enfants concernés et notamment ceux originaires des quartiers de la politique de la ville

	- Thèmes abordés au sein des expériences Lutter contre le gaspillage alimentaire : Sensibiliser les utilisateurs des restaurations scolaires sur le gaspillage alimentaire - Nombre d'actions d'information menées <u>Évaluation des résultats</u> - Amélioration du ressenti des enfants (plaisir à manger, goût, qualité des aliments) vis-à-vis de leurs repas - Part des déchets sur les aliments consommés - Prise de conscience par les enfants des enjeux du gaspillage alimentaire - Prise de conscience par les enfants sur l'importance de consommer mieux (bio, local, fait-maison)
--	---

Fiche-action N°2 (Axe 1, orientation 1)	Développer un programme d'actions coordonnées et cohérentes sur les facteurs de protection (alimentation, activité physique et environnement santé) à destination de tout public afin de prévenir les maladies chroniques
<i>Diagnostic de la situation</i>	Au regard du diagnostic du territoire (cf. Assises Régionales en 2010 et l'étude de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) il est établi qu'il faut agir sur les facteurs de protection pour limiter les maladies chroniques. Les maladies chroniques partagent des conditions et des facteurs de risque semblables notamment des facteurs de risque comportementaux (tabagisme, alimentation malsaine, inactivité physique...) qu'il est possible de modifier. Des conditions sociétales, économiques et physiques jouent sur le comportement et l'orientent, conditions souvent identifiées grâce aux déterminants de santé. Liste des déterminants de santé identifiés lors des groupes de travail constitués pour la mise en place du CLS du territoire : Les déterminants « individuels » : - Partir des représentations de chacun (par rapport à l'alimentation et l'activité physique) - Prise en compte des comportements individuels, recherche de plaisir immédiat, difficulté à anticiper les achats, gestion du budget... - Développer la capacité à être « acteur », à prendre soin de soi : faible estime de soi - Capacité d'adaptation : référence à l'éducation, à la capacité de changement, à la transmission des savoir-faire.... Les déterminants « sociaux » : - Problème de l'isolement social - Prise en compte des nouveaux modes de vie : familles monoparentales, recomposées... - Représentations, éducation et habitudes familiales - Précarisation des travailleurs, problèmes économiques... Les déterminants « environnementaux » : - « Lobbying » de la grande distribution : influence des médias, problème de la norme « <i>il faut faire comme les autres</i> » - L'alternative : favoriser les circuits courts, la sécurité alimentaire - Problème des prix des aliments - Accessibilité de l'offre • Lors des groupes de travail, les constats portaient le plus souvent sur l'alimentation. Dans un premier temps les deux co-porteurs, ont ainsi choisi de travailler uniquement sur cette problématique.
<i>Objectifs spécifiques</i>	- Améliorer la coordination et la cohérence des actions portant sur les facteurs de protection proposées au public - Agir sur les comportements pouvant augmenter les facteurs de risque, souvent communs aux maladies chroniques. - Développer l'esprit critique des publics
<i>Objectifs opérationnels</i>	- Identifier et recenser l'offre locale et les actions menées auprès des publics pour agir sur les facteurs de protection : alimentation dans un premier temps, activité physique, environnement santé - Constituer un réseau de partenaires agissant sur le champ de l'alimentation - Analyser les manques/limites et l'offre à développer/coordonner pour agir auprès du plus grand nombre (pertinence de l'action, impact, territoire couvert ou non...) - Développer un programme d'actions coordonnées adaptées aux besoins identifiés, participatives, permettant de développer l'esprit critique des publics
<i>Promoteur de l'action</i>	Co-portage : Maison du Citoyen (MDC), centre social et d'initiatives municipal de la ville d'Argentan et Mutualité Sociale Agricole (MSA) La MDC et la MSA ont l'habitude de travailler avec des publics différents mais

	complémentaires sur cette thématique : populations des territoires ruraux pour la MSA/population de la ville-centre et notamment des quartiers pour la MDC. Ces deux structures ont donc légitimité à intervenir sur l'ensemble du territoire du CLS et à se porter coordonnateurs de cette fiche-action.
<i>Partenaires potentiels concernés</i>	Collectivités locales, via les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), médecins généralistes, diététiciens/nutritionnistes, CH, Éducation Nationale, Accueil collectif de mineurs, coordinateurs de Temps d'Activités Périscolaires, Ligue contre le Cancer (comité de l'Orne), Mutualité Française Normandie, réseau ONCOlogie Basse-Normandie, Familles Rurales, Générations Mouvement, associations sportives et le Comité Départemental Olympique et Sportif de l'Orne (CDOS) pour l'activité physique, Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT), Espace Régional d'Education Thérapeutique (ERET), Institut inter-Régional pour la Santé (IRSA) (passerelle à faire avec l'éducation thérapeutique), associations environnementales et associations qui agissent en faveur des circuits courts.
<i>Description et modalités d'intervention</i>	<u>Année 1 :</u> <u>En préalable</u> - Faire valider par l'ARS le rôle de promoteur de fiche-action des deux co-porteurs, leur donner une légitimité à coordonner le futur programme et à solliciter les partenaires potentiels - Réflexion et définition d'une méthodologie de travail commune aux deux co-porteurs - Affiner les objectifs et choix de travailler sur un seul facteur de protection : l'alimentation (première année) Identifier et recenser l'offre locale et les actions menées auprès des publics pour agir sur les facteurs de protection : alimentation dans un premier temps, activité physique, environnement santé - Organiser des rencontres avec les représentants de chacune de ces offres et/ou actions proposées afin d'affiner le diagnostic de territoire (Faire appel à l'ARS pour recenser tous les porteurs de projets du territoire répondant à l'Appel À Projet Prévention et Promotion de la Santé) - Constituer un réseau de partenaires <u>Année 2 :</u> Porter à la connaissance de tous les actions qui se font déjà sur le territoire Analyser les manques/limites (publics non touchés, activités non proposées, territoire ne disposant pas d'actions) et l'offre à développer/coordonner pour agir auprès du plus grand nombre - En fonction des manques observés : - Réfléchir à la manière d'étendre les projets existants à d'autres territoires - Réfléchir à de nouvelles manières de communiquer et de valoriser l'existant - Réfléchir à des modes d'actions innovants : par exemple, le format de la conférence paraît peu efficient, les populations les plus fragiles et les plus isolées ne s'autorisent pas à se rendre à ce type d'intervention <u>Années suivantes :</u> Étendre l'action sur d'autres facteurs de protection : l'activité physique, l'environnement santé Développer un programme d'actions coordonnées adaptées aux besoins identifiés, permettant de développer l'esprit critique des différents publics
<i>Public cible</i>	Tout public

Calendrier	Dernier trimestre 2016 : premières réunions pour décider de la méthodologie de travail Année 2017 : identification de l'existant et premiers groupes de travail
Secteur géographique	Territoire du CLS
Évaluation	<u>Évaluation du processus</u> Identifier et recenser l'offre locale et les actions menées auprès des publics pour agir sur les facteurs de protection : alimentation dans un premier temps, activité physique, environnement santé • État des lieux de l'offre locale • Nombre de rencontres organisées entre pilotes pour partager l'offre existante • Écart entre le nombre de professionnels mobilisés souhaité et réalisé • Nombre d'offres, d'actions recueillies Constitution d'un réseau de partenaires agissant sur le champ de l'alimentation • Nombre de partenaires sollicités • Nombre de partenaires rencontrés • Nombre de partenaires participants • Nombre de réunions organisées Analyser les manques/limites et l'offre à développer/coordonner pour agir auprès du plus grand nombre (pertinence de l'action, impact, territoire couvert ou non...) • Nombre de rencontres organisées entre partenaires du réseau pour analyser les manques • Réalisation partagée d'une analyse de l'offre et des manques Développer un programme d'actions coordonnées adaptées aux besoins identifiés, participatives, permettant de développer l'esprit critique des publics • Nombre de participants (issus des quartiers Politique de la ville/issus des milieux ruraux) • Nombre d'actions réalisées (au sein des quartiers Politique de la ville/dans le reste du territoire du CLS) • Écart entre le nombre de professionnels mobilisés souhaité /réalisé <u>Évaluation des résultats</u> • Amélioration de la coordination des actions selon les partenaires du territoire • Amélioration de la cohérence des actions selon les partenaires du territoire • Adéquation entre l'offre et les besoins pour les bénéficiaires de cette offre

Fiche-action N°3 (Axe 1, orientation 2)	Renforcer/développer des programmes d'Éducation Thérapeutique à destination du Patient (ETP) et de son entourage
<i>Diagnostic de la situation</i>	Prendre en compte l'entourage du patient : - Motivation de l'entourage par sa participation, son aide, son soutien - Accompagnement au sens large au niveau familial - La situation familiale Prendre en compte les représentations de la maladie : - Acceptation de la maladie - Représentation de la maladie et des traitements associés - Acceptation du « définitivement différent » Prendre en compte les connaissances : Gestion et suivi de la santé et de la maladie Prendre en compte le contexte professionnel du malade, son âge et son lieu de résidence Renforcer : - Motivation personnelle - Estime de soi = notion de mérite / de légitimité - Capacité à être acteur de sa maladie
<i>Objectifs spécifiques</i>	- Permettre aux patients de bénéficier de programmes d'ETP incluant sa famille et/ou son entourage
<i>Objectifs opérationnels</i>	- Développer des programmes d'ETP répondant aux besoins identifiés - Organiser l'amont et l'aval d'un programme d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) avec les partenaires du territoire pour tirer les meilleurs bénéfices de celui-ci - Communiquer sur les programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) existants
<i>Promoteur de l'action</i>	Espace Régional d'Éducation Thérapeutique (ERET) de Basse-Normandie, base territoriale du CH d'Argentan / de Vimoutiers
<i>Partenaires potentiels concernés</i>	Pour construire l'offre de programmes ETP : Espace Régional d'Éducation Thérapeutique (ERET) et base territoriale, MSA, Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), CH, Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire (PSLA). En amont et en aval des programmes : Ligue contre le cancer Associations de patients Associations sportives Centre Aquatique intercommunal Pour communiquer auprès des patients : UC-Institut inter-Régional pour la Santé (UC-IRSA), Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT), Centre Local d'Information et de Coordination Gériatrique (CLIC), Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), Conseil Départemental, Collectivités Locales, journaux locaux.
<i>Description et modalités d'intervention</i>	Développer des programmes d'éducation thérapeutique répondant aux besoins identifiés - La coordination de l'ETP est assurée par la base territoriale de l'ERET et le CH. - Constituer un groupe de travail composé des structures professionnelles mettant en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique au sein du territoire qui auront en charge de : • Repérer les programmes existants sur le territoire et les populations touchées par ces programmes • Évaluer les besoins des populations du territoire en matière d'éducation thérapeutique. • Mobiliser les acteurs concernés : professionnels sanitaires et médico-sociaux, associations de patients • Accompagner la co-construction des programmes d'éducation thérapeutique en lien avec

	les besoins repérés • Rédiger la demande d'autorisation, auprès de l'ARS, de mise en œuvre de programmes d'ETP Repérer les personnes formées et les besoins de formation des professionnels du territoire : - Identifier les personnes formées et les besoins du territoire : Médecins-IDE-Diététiciennes-éducateurs sportifs (libéraux ou professionnels du CH, Centre de soins) - Repérer les professionnels volontaires pour suivre des formations en ETP - S'accorder avec l'ARS et éventuellement la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) pour soutenir les demandes de formation des professionnels - Organiser la formation des professionnels (CH et professionnels du territoire) pour la mise en œuvre des programmes. Pour renforcer les bénéfices d'un programme d'ETP, organiser l'amont et l'aval de ces derniers en : - Evaluant les besoins et attentes du patient dans une approche globale de celui-ci (soutien social, soutien associatif...), en s'appuyant sur le diagnostic éducatif de l'ERET. Si besoin, former/accompagner les professionnels mobilisés en amont et en aval des programmes d'ETP - Développer l'activité adaptée en formant des éducateurs sportifs. - Poursuivre les partenariats avec les associations sportives (ex : Association Sportive des Postes, Télégraphes et Téléphones (ASPTT)) et en développer de nouveaux (ex : centre aquatique intercommunal d'Argentan Intercom). - Evaluer, repérer les aides existantes pour accéder à des activités (notamment sportives) à la sortie d'un programme. Communiquer sur les programmes d'ETP existants - Informer, communiquer auprès : • Des patients sur l'offre en matière d'éducation thérapeutique, les réglementations existantes, les services d'aidants, les droits des patients / usagers en utilisant les presses écrites : journal de l'Orne, Ouest-France, magazines des collectivités ou en réalisant des plaquettes d'information et affiches sur les programmes ETP existants (centraliser les informations) diffusées via les structures locales. • Des professionnels pour faciliter l'accès des patients aux programmes en expliquant ce qu'est l'éducation thérapeutique ; en diffusant les informations concernant l'ensemble de l'offre locale sur le site internet de la ville, de la CC Argentan Intercom, de l'ERET. Il sera possible de communiquer par mails ou en organisant des rencontres entre les acteurs du territoire (sociaux, médicaux et paramédicaux, médico-sociaux) et les professionnels en charge des programmes d'éducation thérapeutique. • Du tout public sur la maladie chronique : écrire, avec les acteurs de l'ETP, des articles à diffuser dans la presse écrite pour travailler sur la représentation de la maladie, la prise en charge de la maladie, le fait d'être malade...
<i>Public cible</i>	Patients de maladies chroniques Famille et entourage du patient
<i>Secteur géographique</i>	Territoire du CLS
<i>Calendrier</i>	Démarrage année 2017
<i>Évaluation</i>	<u>Évaluation du processus</u> Développer des programmes d'éducation thérapeutique répondant aux besoins identifiés • Nombre et pathologies des nouveaux programmes développés • Nombre de patients bénéficiaires d'un programme d'ETP (dont ceux originaires des quartiers politique de la ville) • Nombre d'ateliers réalisés dans les structures implantées dans les quartiers politique de

	la ville • Écart entre le nombre de professionnels mobilisés souhaité / réalisé • Nombre de nouveaux professionnels formés en ETP • Satisfaction des professionnels au regard des formations proposées • Nombre de formation réalisées ou relayées auprès des professionnels du territoire Organiser l'amont et l'aval d'un programme d'ETP avec les partenaires du territoire pour tirer les meilleurs bénéfices de celui-ci • Nombre et type d'actions menées dans une approche globale du patient • Écart entre le nombre de professionnels mobilisés souhaité / réalisé • Nombre et type d'activités développées de manière durable en amont et en aval des programmes (dont celles proposées dans les quartiers politique de la ville) Communiquer sur les programmes d'ETP existants • Nombre et type d'actions de communication menées au sein du territoire à destination des professionnels • Nombre de professionnels touchés par cette communication • Nombre et type d'actions de communication menées au sein du territoire à destination des patients (dont ceux originaires des quartiers politique de la ville) <u>Évaluation des résultats</u> • Adéquation besoins/programmes développés selon la population • Satisfaction des patients quant aux programmes proposés (dont patients originaires des quartiers politique de la ville) • Satisfaction des patients quant aux actions menées dans une approche globale (dont patients originaires des quartiers politique de la ville) • Connaissance des programmes d'ETP par la population • Connaissance des programmes d'ETP par les professionnels • Évolution de l'orientation des patients par les professionnels du territoire (nombre de professionnels et diversité (social, médico-social, soins,...) des professionnels « orienteurs »)
--	---

Axe 2 : Renforcer l'accès aux soins et prévenir les conduites addictives

Orientation n°1 : Renforcer l'accès aux soins en addictologie

- **Fiche-action 4 : Mise en œuvre d'une consultation avancée du Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) pour faciliter l'accès aux soins, dans le territoire.**
- **Fiche-action 5 : Agir sur les difficultés d'accès aux droits et aux soins des patients (y compris en sortie d'incarcération) en améliorant la communication et la coordination entre les partenaires du réseau**

Orientation n°2 : Développer l'intervention précoce pour prévenir les conduites addictives

- **Fiche-action 6 : Renforcer les Compétences Psycho-Sociales (CPS) des jeunes afin de limiter les conduites à risques**

Fiche-action N°4 (Axe 2, orientation 1)	Mise en œuvre d'une consultation avancée du Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) pour faciliter l'accès aux soins, dans le territoire
<i>Diagnostic de la situation</i>	<u>En matière de consommation et de conduites à risque</u> - Un nombre croissant de personnes en situation de dépendance et adoptant des conduites à risque, constats remontés par le Réseau d'Acteurs Coordonnés (RAC), instance opérationnelle de Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance sur Argentan - Alcoolisation sur la voie publique de plus en plus visible <u>Prendre en compte l'offre locale :</u> - Difficile implantation du CSAPA sur Argentan <u>Prendre en compte l'accessibilité géographique :</u> - Difficulté pour se rendre sur les lieux de soins - Question du permis de conduire et des déplacements <u>Prendre en compte les compétences et les représentations des professionnels :</u> - Améliorer l'accompagnement des personnels médico-sociaux et des bénévoles sur la problématique des addictions (travail sur les représentations...)
<i>Objectifs spécifiques</i>	- Permettre aux populations d'accéder, en proximité, à des lieux de soins ou de prévention
<i>Objectifs opérationnels</i>	- Réactiver la consultation avancée du CSAPA au sein de la ville d'Argentan - Identifier des «référénts addiction» au sein des institutions en charge d'être des professionnels ressources sur cette thématique
<i>Promoteur de l'action</i>	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA, portant le CSAPA de l'Orne)/Collectivité d'Argentan (service Cohésion Sociale)
<i>Partenaires potentiels concernés</i>	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA prévention), Associations néphalistes, Drog'aide 61, CH d'Argentan / Vimoutiers, CH de Falaise, Médecins Généralistes, Pharmaciens, Professions Libérales de Santé, Infirmiers Scolaires, Chefs d'établissements scolaires, Planning Familial, Centre Médico Psychologique / Pour Enfants et Adolescents (CMP/CMPEA), Centres de formation, Médecines du travail, Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP), Epicerie Sociale, Ado 61, Services de Police/Gendarmerie, l'Etape, Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT), Conseil Départemental, Centre Communal d'Action Sociale (CCAS).
<i>Description et modalités d'intervention</i>	Réactiver la consultation avancée du CSAPA au sein de la ville d'Argentan : - Étudier, entre l'ANPAA – le CH d'Argentan – le Médecin local formé aux conduites addictives- le Centre Psychothérapique de l'Orne (CPO)- le CH de Falaise, la possible mise en œuvre d'une consultation avancée du CSAPA à Argentan. - Répondre aux besoins en matière de moyens humains grâce à une équipe pluridisciplinaire : un médecin formé aux conduites addictives de toutes sortes, un psychologue, un travailleur social/éducateur. - Mobiliser l'ensemble des acteurs sociaux, sanitaires, médico-sociaux et socio-éducatif, pour : • Permettre à chaque professionnel de ces secteurs de comprendre les missions confiées au CSAPA, • Créer des relations de confiance avec les professionnels qui y exercent et être en capacité d'accompagner et/ou d'orienter les populations vers cette structure, • Des rencontres seront à prévoir avec les acteurs des territoires les plus éloignés d'Argentan et ne disposant pas de ressources en proximité pour étudier l'accès aux soins de ces populations. Identifier dans chaque institution un « référent addiction », formé sur ces problématiques, susceptible de participer et faire vivre le réseau de partenaires.

	- Former les acteurs de premier niveau : médecins dont ceux du PSLA, pharmaciens, médecins du travail à la compréhension de ce que sont les addictions, des comportements addictifs, des postures professionnelles, de la prise en charge par le soin. - Accompagner les acteurs de deuxième niveau : Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), travailleurs sociaux : Circonscription d'Action Sociale, CARSAT, justice, acteurs des structures de proximité. Ils devront disposer d'une bonne connaissance des acteurs locaux en matière d'addictions et disposer de la capacité à créer une relation de confiance avec les usagers consommateurs pour faciliter les orientations des usagers et être un appui (personne-ressource) pour leurs collègues au sein des institutions/structures. - Proposer des temps d'échanges et de réflexions à ces professionnels pour animer un réseau d'acteur, et plus globalement, répondre aux besoins et questionnements de ces professionnels dans le respect des rôles de chacun. - Responsabiliser, tout à chacun, sur cette thématique des conduites addictives.
<i>Public cible</i>	Les populations des territoires éloignés d'Argentan concernés par une conduite addictive Les professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux, sanitaires et socio-éducatifs du territoire
<i>Calendrier</i>	Démarrage Année 2017
<i>Secteur géographique</i>	Territoire du CLS et notamment les communes éloignées d'Argentan
<i>Évaluation</i>	<u>Évaluation du processus</u> Réactiver la consultation avancée du CSAPA au sein de la ville d'Argentan • Rencontres effectives entre le CH, la Ville, l'ANPAA et le CPO • Mutualisation effective des moyens entre les structures • Ouverture effective d'une consultation avec un lieu, des horaires, des modalités de fonctionnement accessibles à tous Identifier dans chaque institution un « référent addiction », formé sur ces problématiques, susceptible de participer et faire vivre le réseau de partenaires. • Nombre de professionnels de premier niveau formés • Écart entre le nombre de professionnels formés souhaité / réalisé • Intérêt de la formation pour la pratique professionnelle selon les personnes formées <u>Évaluation des résultats</u> • Connaissance de la consultation par les populations • Fréquentation de la consultation : nombre de personnes, origines géographiques (notamment originaire des quartiers en Politique de la Ville), professionnels du territoire • Amélioration des pratiques professionnelles selon les professionnels du réseau • Raisons de consultations • Orientation des consultants/nombre de consultants orientés par des professionnels du territoire • Sentiment d'appartenance à un réseau selon les professionnels du réseau

Fiche-action N°5 (Axe 2, orientation 1)	Agir sur les difficultés d'accès aux droits et aux soins des patients (y compris en sortie d'incarcération) en améliorant la communication et la coordination entre les partenaires du réseau
<i>Diagnostic de la situation</i>	En matière d'offre locale : - Nombre insuffisant de structures relais pré/post prise en charge d'où un temps d'attente trop important et absence de solutions « intermédiaires » En matière d'accès aux soins et aux droits - Domiciliation et inscription à Pôle Emploi nécessaire pour l'instruction d'une demande de Revenu de Solidarité Active (RSA), préalable indispensable pour l'inscription en cure - Ces critères s'avèrent problématiques pour un grand nombre de patients, notamment les personnes en sortie d'incarcération, les sans-abri etc. - A noter qu'une démarche a été initiée par la préfecture de l'Orne afin de mettre en place des conventions avec les acteurs locaux (CCAS, Pôle Emploi, CAF, SPIP, ARS etc.) permettant d'anticiper les besoins des sortants de prison et d'améliorer l'accès aux droits, au logement, aux soins, et au travail). Prendre en compte les compétences et les représentations des professionnels : - Améliorer l'accompagnement des personnels médico-sociaux et des bénévoles sur la problématique des addictions (travail sur les représentations...)
<i>Objectifs spécifiques</i>	- Améliorer le parcours du patient depuis la pré-cure, la cure et la post-cure - Développer l'interconnaissance des partenaires du réseau
<i>Objectifs opérationnels</i>	- Développer l'interconnaissance des partenaires du réseau addiction (construit en F.n°4) - Analyser les freins et les difficultés rencontrés lors des pré et post cures et permettre la fluidification des parcours
<i>Promoteur de l'action</i>	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) de l'Orne
<i>Partenaires potentiels concernés</i>	<i>Professionnels du soin, de la prise en charge :</i> CH, CSAPA de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) 61, Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD) Drog'aide 61, associations néphalistes, médecins libéraux, structures de cures <i>Acteurs sociaux :</i> Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP), CPAM, MSA, Régime Social des Indépendants (RSI), CCAS, Circonscription d'Action Sociale (CAS), Éducation Nationale (Infirmiers scolaires), Maison Des Adolescents, Bailleurs sociaux, structures d'accueil d'urgence et d'hébergement social
<i>Description et modalités d'intervention</i>	Développer l'interconnaissance des partenaires du réseau addiction (construit en F.n°4) Le principe est d'élargir le réseau au-delà des seuls professionnels de la prise en charge, de s'inspirer de ce qui avait été fait sur le territoire dans le cadre du réseau « Santé Social Justice » - Développer des temps d'échanges au cours de l'année afin de clarifier les rôles de chacun dans un premier temps - Réaliser des analyses de pratiques et travailler sur les représentations et difficultés de chacun dans un deuxième temps - Harmoniser les pratiques entre les professionnels œuvrant lors des pré et post cures.

	Analyser les freins et les difficultés rencontrées lors des pré et post cures et permettre la fluidification des parcours Ce réseau doit être aussi une instance de coordination entre les professionnels, pour améliorer la prise en charge de situations particulières : sortants de prison, sans domicile fixe, mineurs isolés etc. - Analyser les parcours des patients en pré et post-cure pour identifier les difficultés et freins rencontrés par les professionnels en charge de l'accompagnement de ces patients (méconnaissance des structures de prise en charge, temps d'attente, difficultés pour l'obtention d'une adresse, d'un logement, de droits RSA, etc. Mobiliser les professionnels/institutions concernés et construire ensemble les modalités pour lever ces difficultés et freins.
<i>Public cible</i>	Les populations du bassin argentanais engagées dans une démarche de cure.
<i>Calendrier</i>	Démarrage prévu en 2017
<i>Secteur géographique</i>	Territoire du CLS
<i>Évaluation</i>	<u>Évaluation du processus</u> Analyser les freins et les difficultés rencontrés lors des pré et post-cures • Nombre de freins et difficultés rencontrés lors des pré et post-cures • Nature des freins et difficultés rencontrés lors des pré et post-cures Mobiliser les professionnels/institutions concernés et construire ensemble les modalités pour lever ces difficultés et freins. • Nombre de leviers mobilisés pour améliorer les parcours de pré et post-cures • Nature des leviers mobilisés pour améliorer les parcours de pré et post-cures • Écart entre le nombre de professionnels mobilisés souhaité /réalisé <u>Évaluation des résultats</u> • Levée des freins identifiés dans le parcours du patient, selon les partenaires • Satisfaction du parcours du patient selon les patients • Évolution du nombre de patients rencontrant des difficultés lors de son parcours

Fiche-action N°6 (Axe 2, orientation 2)	Renforcer les Compétences Psycho-Sociales (CPS) des jeunes afin de limiter les conduites à risques
<i>Diagnostic de la situation</i>	En matière de facteurs de protection et de compétences psychosociales des plus jeunes : - Manque de confiance et d'estime de soi, besoin d'appartenance à un groupe, stress, fragilité, manque de curiosité En matière d'environnement social : - Besoin de reconnaissance du groupe, d'appartenance à un groupe - Mode de l'alcool festif pour le public des lycéens - Consommation de cigarettes au collège En matière d'environnement scolaire : - Pression scolaire - Déscolarisation dans certains cas - Diverses orientations scolaires subies, en particulier au lycée : - Les conduites addictives restent majoritairement constatées au lycée Prendre en compte les actions/projets locaux : - Manque d'actions de prévention en milieu scolaire permettant de travailler les compétences psycho-sociales des élèves. - Banalisation et déni des risques encourus au regard de la loi, malgré les actions de prévention mises en place
<i>Objectifs spécifiques</i>	- Développer et harmoniser la sensibilisation et la formation des professionnels de terrain à la question des CPS - Permettre aux jeunes du territoire de renforcer leurs compétences psychosociales et leurs facteurs de protection face aux conduites à risques : connaissance de soi, esprit critique, gestion des émotions/stress, etc.
<i>Objectifs opérationnels</i>	- Faire bénéficier un maximum de professionnels de l'éducation nationale et ses partenaires de formations approfondies en matière de compétences psycho-sociales - Contribuer à la construction d'un parcours éducatif en santé de l'élève basé sur le renforcement des CPS, inter-établissements entre collèges dans un premier temps. - Contribuer à la construction d'un parcours éducatif en santé tout au long de la scolarité de l'élève, de la primaire au lycée.
<i>Promoteur de l'action</i>	Éducation Nationale (Direction des Services Déconcentrés de l'Éducation Nationale de l'Orne, DSDEN)
<i>Partenaires potentiels concernés</i>	Établissements scolaires, service scolaire de la collectivité, Collectivités locales, Maison Familiale Rurale (MFR), Bureau Information Jeunesse (BIJ), Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS), parents d'élèves, ANPAA 61, Drog'aide 61, Agence Régionale de Santé (ARS), Ado 61
<i>Description et modalités d'intervention</i>	Faire bénéficier un maximum de professionnels de l'éducation nationale et ses partenaires de formations approfondies en matière de compétences psycho-sociales - S'appuyer sur les formations offertes par l'ANPAA et l'IREPS sur le développement des CPS chez les jeunes - Inscrire le renforcement des CPS dans le programme de formation sur site des établissements scolaires - Ouvrir ces formations aux infirmiers scolaires mais aussi aux enseignants, Conseillers Principaux d'Éducation (CPE) (tout degrés confondus), Assistants d'Éducation (AED), professionnels des centres d'animation etc. Contribuer à la construction d'un parcours éducatif en santé de l'élève basé sur le renforcement des CPS, inter-établissements entre collèges dans un premier temps. - S'appuyer sur les démarches concertées de Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté Inter-Etablissement (CESC-I) et inter-degré pour développer un parcours éducatif en santé de l'élève, en s'appuyant sur le renforcement des CPS. - Expérimenter ce programme commun au niveau des collèges d'Argentan

	- S'appuyer sur la Commission Locale des Ateliers Relais afin de travailler un parcours inter-établissement entre les collèges du secteur (Trun, Gacé, Vimoutiers, Ecouché, Sées et également Putanges) À plus long terme, contribuer à la construction d'un parcours éducatif en santé tout au long de la scolarité de l'élève, de la primaire au lycée. - Inviter aussi les enseignants volontaires du primaire et des lycées à bénéficier des formations CPS, ou à minima être sensibilisés sur la question - Faire un travail de coordination entre les écoles primaires (avec le niveau CM2 notamment) du secteur de chaque collège via le Conseil Ecole-Collège, afin de faire le lien entre les compétences développées en primaire et celles développées en collège - Faire ce même travail avec les lycées Gabriel et Mézeray
<i>Public cible</i>	Élèves des établissements scolaires publics tout degré confondu
<i>Secteur géographique</i>	Échelle de la Commission Locale des Ateliers Relais
<i>Calendrier</i>	Rentrée 2016 : formation Pôle Régional de Compétences sur le renforcement des CPS (pilote IREPS) Toussaint 2016 : formation sur site au collège Rostand (assurée par l'ANPAA) Fin 2016 : temps de travail commun entre infirmiers scolaires et enseignants pour décider d'un programme adapté à chaque niveau de classe (6ème, 5ème, 4ème et 3ème) Dans un 1er temps, un niveau de classe sera privilégié Année 2017 : expérimentation du programme de Comité d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté Inter-Etablissement (CESC-I) auprès des collégiens et bilan inter-établissements. Année scolaire 2017-2018 : amorcer la réflexion sur un programme inter-degré (primaire et secondaire)
<i>Évaluation</i>	Évaluation du processus Faire bénéficier un maximum de professionnels de l'éducation nationale et ses partenaires de formations approfondies en matière de compétences psycho-sociales • Nombre de formations (départementales ou sur sites) proposées aux professionnels du territoire • Nombre et type de professionnels formés au sein du territoire Contribuer à la construction d'un parcours éducatif en santé de l'élève basé sur le renforcement des CPS, inter-établissements entre collèges dans un premier temps. • Existence d'un ou plusieurs Comités d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté Inter-Établissements (CESC-I) collèges au sein du territoire (dont établissements scolaires implantés dans un quartier politique de la ville) • Mobilisation effective de la commission locale des ateliers relais pour construire un programme CPS inter collège • Écart entre le nombre de collèges souhaité / mobilisé À plus long terme, contribuer à la construction d'un parcours éducatif en santé tout au long de la scolarité de l'élève, de la primaire au lycée. • Existence d'un ou plusieurs CESC-I collèges/écoles/lycées au sein du territoire (dont établissements scolaires implantés dans un quartier politique de la ville) • Existence d'un ou plusieurs programmes CPS inter-établissements mobilisant Écoles/collèges/lycées au sein du territoire • Écart entre le nombre d'écoles et de lycées souhaité / mobilisé Évaluation des résultats • Amélioration des connaissances des professionnels en matière de CPS • Amélioration de la pratique professionnelle en matière de CPS selon les professionnels • Adéquation entre les formations proposées et les besoins des professionnels du

	territoire selon les professionnels • Amélioration des CPS des jeunes selon les jeunes • Amélioration des CPS des jeunes selon les professionnels
--	---

Axe 3 : Lutter contre l'isolement et renforcer l'accès aux soins des personnes en perte d'autonomie

Orientation n°1 : Lutter contre l'isolement des populations vieillissantes et/ou avec handicap

- **Fiche-action 7 : Renforcer la connaissance et l'accès à une activité physique et/ou sportive pour les populations avec handicap ou perte d'autonomie et amorcer un dialogue, avec les plus jeunes et le tout public, sur la pratique d'une activité physique et/ou sportive avec handicap ou perte d'autonomie, sans tabou**
- **Fiche-action 8 : Renforcer les actions collectives, préventives, de proximité permettant aux populations vieillissantes d'échanger et de se rencontrer**

Orientation n°2 : Renforcer l'accès aux soins des populations vieillissantes et/ou avec handicap

- **Fiche-action 9 : Mettre en place des instances et outils de coordination entre tous les intervenants auprès des populations vieillissantes et/ou en situation de handicap**
- **Fiche-action 10 : Mutualiser les formations aux professionnels de santé sur les problématiques de la perte d'autonomie**

Fiche-action N°7 (Axe 3, orientation 1)	Renforcer la connaissance et l'accès à une activité physique et/ou sportive pour les populations avec handicap ou perte d'autonomie et amorcer un dialogue, avec les plus jeunes et le tout public, sur la pratique d'une activité physique et/ou sportive avec handicap ou perte d'autonomie, sans tabou
<i>Diagnostic de la situation</i>	Prendre en compte les freins/isolement psychologique : - du malade et/ou de l'aidant pour aller vers toutes les ressources de réseaux - S'autoriser à aller « vers » : angoisse de réaliser des changements dans sa vie, de déménager - Représentation de la pathologie / de la maladie / déni de la maladie - Travailler les notions d'échec, de jugement, de culpabilité, du repli sur soi Prendre en compte les problèmes de santé : - Pathologie ayant une incidence sur les relations (surdité, incontinence...) - Fragilité à la suite d'un accident / à l'annonce de la maladie
<i>Objectifs spécifiques</i>	- Permettre, au grand public et notamment aux plus jeunes, d'être informé et de prendre conscience de la pratique d'une activité physique et/ou sportive pour une personne avec un handicap ou une perte d'autonomie - Permettre aux populations avec un handicap ou une perte d'autonomie d'accéder à des informations et/ou des activités sur la pratique d'une activité physique et/ou sportive ainsi qu'aux actions menées dans le cadre du CLS
<i>Objectifs opérationnels</i>	- Coordonner, entre structures/professionnels, les actions menées ou à mener - Créer des opportunités pour informer et communiquer sur la pratique d'une activité physique/sportive avec un handicap ou une perte d'autonomie auprès des populations avec handicap ou perte d'autonomie, des plus jeunes et du grand public - Ouvrir les actions de prévention menées dans le cadre du CLS, aux publics avec handicap ou perte d'autonomie
<i>Promoteur de l'action</i>	Comité Départemental Olympique et Sportif de l'Orne (CDOS) – Association des Paralysés de France (APF, Délégation départementale de l'Orne)
<i>Partenaires potentiels concernés</i>	Mise en réseau des acteurs : Equipe départementale « Sport handicap » composée, entre autres, de deux comités : Handisport et Sport Adapté Maison du Citoyen � Argentan (�ducateurs sportifs) Fédérations et associations sportives, Services des sports Centre Médico-Psychologique (CMP)/CPO Centre Local d'Information et de Coordination (Antenne d'Argentan), Circonscription d'action sociale, Maison départemental des personnes handicapées Structures/institutions à mobiliser lors des �v�nements : Associations Anaïs et Lehueur, ADAPEI etc. �ducation Nationale, Centres de loisirs, Secteur jeunesse Secteur médico-social : maisons de retraite, futures « résidences autonomie » (Ex logements-foyers) Mutuelles et organismes de protection sociale Associations de patients
<i>Description et modalités d'intervention</i>	Coordonner, entre structures/professionnels, les actions menées ou à mener - Renforcer la mise en réseau des acteurs et coordonner les actions menées ou à mener dans le respect des compétences de chacun : • Organiser des réunions regroupant l'ensemble des acteurs concernés pour partager les constats/besoins propres au territoire d'Argentan, l'offre (structures et professionnels) et les compétences de chacun, les actions existantes ainsi que les actions à développer pour répondre aux besoins du territoire. • Disposer d'une meilleure connaissance des acteurs pouvant être concernés : associations, structures, institutions accueillant un public avec handicap ou perte d'autonomie.

- S'accorder entre acteurs, sur un plan d'action permettant d'informer les plus jeunes mais également les populations concernés et le grand public sur :

- le sport adapté et le sport avec handicap : de quoi s'agit-il ? qui est concerné ? quelle offre locale ? quelle représentation du handicap ou de la perte d'autonomie ?

Créer des opportunités pour informer et communiquer sur la pratique d'une activité physique/sportive avec un handicap ou une perte d'autonomie

A destination des plus jeunes, des populations avec handicap ou en perte d'autonomie, du grand public :

- Repérer et s'appuyer sur les événements existants pour développer une information sur le sport avec handicap et le sport adapté :

Ex :

- Handi Orne Tour (mobilisation d'écoles et de collèges, sensibilisation aux handicaps et découverte d'activités physiques et sportives adaptées).
- Forum des associations
- Événements sportifs de l'Union Nationale du Sport Scolaire (UNSS)/Union Sportive de l'Enseignement de Premier degré (USEP)
- Événements sportifs des clubs, en lien avec le handicap

- L'objectif de ces journées/événements est double :

- Informer les personnes concernées par un handicap ou une perte d'autonomie de l'offre existante et de l'intérêt à pratiquer une activité physique et/ou sportive
- Sensibiliser les plus jeunes et le grand public pour différencier et mieux comprendre les différents handicaps (psychique, moteur, mental...), interroger les représentations et les a priori sur le handicap et la perte d'autonomie et favoriser l'intégration des populations avec handicap ou perte d'autonomie dans l'offre de droit commun.

- S'appuyer sur les écoles et les structures de loisirs pour aborder la question du handicap, les représentations et a priori sur le handicap et faire prendre conscience de ce que représente la pratique d'une activité physique et sportive pour une personne avec handicap :

Cette action vise à ouvrir le regard des plus jeunes, accepter la diversité et mieux intégrer les populations avec handicap.

- Pour cela, une mobilisation et un accompagnement des établissements scolaires volontaires seront possibles via les outils développés par le CDOS pour aborder le handicap de manière transversale dans les enseignements, notamment en collège.

- Établir une liste des professionnels du secteur sportif formés à l'accueil du public en situation de handicap ou de perte d'autonomie

- Identifier les forces et faiblesses de cette offre et la renforcer si besoin (formation, analyse de pratique, entraide/soutien).

- S'appuyer sur les outils existants pour informer et mobiliser les professionnels pouvant accueillir un public avec handicap ou perte d'autonomie dans les activités physiques et sportives :

- Fiches pour accueillir des populations avec handicap, en fonction du handicap, pour les clubs sportifs
- Fiches sur la différence entre sport adapté / avec handicap
- Carnet de bord sur la dyslexie, le braille, l'accessibilité en fauteuil roulant

Ouvrir les actions de prévention menées dans le cadre du CLS, aux publics avec handicap ou perte d'autonomie

- Dans le cadre des diverses actions menées au sein du CLS (notamment les actions inscrites dans les fiches...), il conviendrait d'ouvrir au maximum ces actions aux populations avec un handicap physique ou psychique ou une perte d'autonomie. Pour cela, le coordinateur du CLS veillera à :

- Solliciter les structures et associations œuvrant auprès des populations avec un handicap

	<i>pour mobiliser davantage ces publics et les intégrer dans les actions menées au sein des territoires.</i> <i>Faire en sorte que l'ensemble des promoteurs d'actions du CLS identifie le réseau des acteurs du handicap pour communiquer sur leurs actions et relayer l'information auprès des personnes concernées.</i>
Public cible	Les populations du territoire du CLS
Calendrier	Année 2017 : organisation des premières réunions
Secteur géographique	Territoire du CLS
Évaluation	<u>Évaluation du processus</u> Coordonner, entre structures/professionnels, les actions menées ou à mener - Nombre de réunions organisées - Nombre de professionnels participants Créer des opportunités pour informer et communiquer sur la pratique d'une activité physique/sportive avec un handicap ou une perte d'autonomie - Nombre de manifestations organisées - Nombre de participants à ces manifestations - Nombre d'outils communiqués aux professionnels <u>Évaluation des résultats</u> - Amélioration de la coordination des professionnels sur le territoire - Évolution du regard des plus jeunes et du grand public sur le handicap et la perte d'autonomie - Amélioration de l'accès aux activités physiques pour les populations en situation de handicap

Fiche-action N°8 (Axe 3, orientation 1)	Renforcer les actions collectives, préventives, de proximité permettant aux populations vieillissantes d'échanger et de se rencontrer.
<i>Diagnostic de la situation</i>	Prendre en compte l'isolement social : - Familial et réseau social restreint, voire inexistant - Retour à domicile après une hospitalisation : pas de soutien familial ou social, diminution des aides à domicile financées par les caisses de retraite, les mutuelles, le Conseil Départemental
<i>Objectifs spécifiques</i>	- Permettre aux populations vieillissantes de bénéficier d'actions collectives, préventives, de proximité permettant d'échanger et de se rencontrer - Permettre aux populations vieillissantes de se sentir moins isolées
<i>Objectifs opérationnels</i>	- Créer une programmation locale, annuelle, de santé, coordonnée, à destination des populations vieillissantes et isolées.
<i>Promoteur de l'action</i>	Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) Centre Orne, Antenne d'Argentan
<i>Partenaires potentiels concernés</i>	À mobiliser pour organiser et mettre en œuvre la programmation annuelle : Animatrices des Résidences Autonomie d'Argentan (ex logements-foyers), Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) Assistants de service social : Conseil Départemental, Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT), Associations d'aide à domicile (Union Nationale de l'Aide des Soins et des Services à Domicile (UNA), Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR), Soins santé...) MSA, la Mutualité Française Normandie, la CARSAT, la MDC Associations d'ânés ruraux, Fédération Générations Mouvement de l'Orne Familles Rurales À mobiliser pour faire le relais et communiquer sur cette programmation annuelle : Réseau Gérontologique Médiateurs de quartier d'Argentan Centres sociaux, Caisses de retraite et de prévoyance, Mutualité Française, CARSAT, CAS Association des Paralysés de France (APF) Centres hospitaliers d'Argentan et de Vimoutiers Secteur médico-social, pharmaciens, professionnels paramédicaux et médicaux (kinésithérapeutes, pédicures-podologues, médecins généralistes...), associations de malades et aidants, UC-Institut inter-Régional pour la Santé (UC-IRSA), Élus et collectivités, CCAS des communes
<i>Description et modalités d'intervention</i>	Préalable : l'élaboration de cette programmation locale de santé nécessitera, entre partenaires : - d'identifier l'offre existante, les territoires concernés, les publics touchés - de repérer les manques, les besoins des populations des territoires - de s'interroger sur les freins psychologiques mais aussi physiques, financiers à la participation des populations à cette programmation locale de santé - de s'articuler et se coordonner pour élaborer la programmation locale de santé - de mutualiser ces moyens S'appuyer sur les actions existantes menées/soutenues par les partenaires pour : - Développer une programmation locale annuelle de santé à destination des populations vieillissantes et des populations isolées, type « Parcours Bien vieillir » de la MSA - Les partenaires pourraient compléter leurs actions par des temps de rencontres et d'échanges conviviaux. Ex : après-midi « jeux de société », actions intergénérationnelles, cafés / échanges, valorisation de l'image de la personne vieillissante

	Communiquer sur cette programmation - Élaborer et diffuser les flyers récapitulant le programme - Organiser un temps de rencontre avec les professionnels du réseau gérontologique pour présenter la programmation annuelle - Repérer et mobiliser le public ciblé (public vulnérable, isolé...) en s'appuyant sur le réseau gérontologique ainsi que les associations à destination des personnes âgées ou associations d'entraide
<i>Public cible</i>	Personnes vieillissantes Personnes isolées
<i>Secteur géographique</i>	Territoire du CLS, et notamment les lieux bénéficiant de peu d'activités destinées aux personnes vieillissantes et personnes isolées
<i>Calendrier</i>	Année 2016 : élaboration et publication d'une première programmation, par trimestre Années suivantes : poursuite des objectifs
<i>Évaluation</i>	<u>Évaluation du processus</u> Créer une programmation locale annuelle de santé, coordonnée, à destination des populations vieillissantes et isolées • Existence de cette programmation • Nombre de participants aux activités • Nombre de partenaires engagés dans la programmation • Nombre et diversité des activités proposées • Nombre d'orientations par les partenaires vers les activités <u>Évaluation des résultats</u> • Adaptation de la programmation aux manques et aux besoins repérés • Impact réel sur le public ciblé (personnes vieillissantes isolées)

Fiche-action N°9 (Axe 3, orientation 2)	Mettre en place des instances et outils de coordination entre tous les intervenants auprès des populations vieillissantes et/ou en situation de handicap
<i>Diagnostic de la situation</i>	Prendre en compte l'organisation professionnelle : - Manque de mutualisation des moyens professionnels, favoriser le travail en réseau - Nécessité d'optimiser la coordination entre les professionnels - Cloisonnement entre le secteur médical et le secteur social / institutionnel Prendre en compte la connaissance de l'offre locale : - Manque de connaissance des dispositifs existants / des interlocuteurs à contacter, les missions respectives de chacun - S'autoriser à prendre contact avec d'autres acteurs
<i>Objectifs spécifiques</i>	- Permettre aux professionnels d'améliorer les retours à domicile des populations vieillissantes et/ou réévaluer leurs plans d'aide en se coordonnant
<i>Objectifs opérationnels</i>	- Organiser la coordination entre professionnels pour faciliter le retour à domicile des populations vieillissantes. - Développer la connaissance et le recours à la gestion de cas par les professionnels pour les situations complexes
<i>Promoteur de l'action</i>	Réseau Gériatologique fédéré par le CLIC Centre Orne, Antenne d'Argentan
<i>Partenaires potentiels concernés</i>	Contribuant aux réunions de coordination : Conseil Départemental CLIC, Hospitalisation à Domicile (HAD), Service de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD), associations d'aide à domicile, services de soins à domicile, assistants de service de gériatrie et service social du CH, travailleurs sociaux APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), assistants sociaux de la CARSAT, médecins libéraux, Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA)
<i>Description et modalités d'intervention</i>	Organiser la coordination entre professionnels pour faciliter le retour à domicile des populations vieillissantes. - S'appuyer sur le « Réseau Gériatologique » en cours de montage sur le territoire Principe : travail de coordination organisé par le CLIC avec les Centres Hospitaliers, l'Hospitalisation À Domicile (HAD), les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), les associations d'aide à domicile, les assistants de service social du CH, les travailleurs sociaux APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie), les assistants sociaux de la CARSAT, médecins libéraux etc. - Présentation et clarification des missions de chaque structure - Faire identifier le CLIC comme point central pour le repérage et l'orientation des usagers - Échange d'information sur des situations individuelles afin de fluidifier le parcours des patients et de ré-évaluer si besoin le plan d'aide - Faire remonter les constats et besoins de chacun, en matière de formation notamment - Échanges de pratiques S'appuyer sur des outils pour identifier les populations vieillissantes, en situation ou non d'isolement, afin d'assurer un bon retour à domicile - Un document de liaison, un « passeport médico-social » a été élaboré au CLIC Centre Orne Principe : Chaque structure a la responsabilité de compléter ce passeport partagé pour l'hôpital et la ville* - Utiliser le passeport médico-social pour les Groupes Iso-Ressources¹¹ (GIR) 1,2 et 3 ainsi que son guide d'utilisation.

	- S'appuyer sur le réseau gérontologique pour présenter et généraliser l'utilisation de ce passeport par tous les professionnels. Développer la connaissance et le recours par les professionnels à la « gestion de cas » de la MAIA pour les situations complexes - Faire connaître à tous les professionnels les missions de la « gestion de cas », les sensibiliser aux critères déterminants d'une situation complexe - Familiariser l'ensemble des partenaires à l'utilisation de la fiche de repérage des situations complexes de la gestion de cas - Mettre en place un système de référent dans chaque structure, formé à l'utilisation de cette fiche, qui assurerait une veille pour le repérage des situations complexes. À terme, tendre vers un modèle de « guichet intégré », qui permettrait de former n'importe quel professionnel accueillant du public de pouvoir repérer et analyser le degré de fragilité des publics
<i>Public cible</i>	Professionnels du territoire Personnes en perte d'autonomie
<i>Calendrier</i>	Début 2016 : démarrage des premières réunions du réseau gérontologique Année 2016 : élaboration du passeport médical Années 2017 et 2018 : mise en place des groupes de travail du réseau gérontologique et poursuite des objectifs
<i>Secteur géographique</i>	Territoire du CLS
<i>Évaluation</i>	Évaluation du processus Organiser la coordination entre professionnels pour faciliter le retour à domicile des populations vieillissantes. • Nombre de réunions • Nombre de participants • Nombre de situations individuelles remontées • Nombre de groupes de travail et sujets abordés S'appuyer sur des outils pour identifier les populations vieillissantes, en situation ou non d'isolement, afin d'assurer un bon retour à domicile • Existence du passeport médico-social • Nombre de situations orientées via le passeport Développer le recours par les professionnels à la gestion de cas pour les situations complexes • Nombre de référents formés dans les structures • Mise en place de la fiche de repérage Évaluation des résultats Permettre aux professionnels d'améliorer les retours à domicile des populations vieillissantes et/ou réévaluer leurs plans d'aide en se coordonnant • Amélioration de la coordination des professionnels • Utilisation du passeport médico-social par les professionnels • Amélioration de l'organisation des retours à domicile des personnes • Satisfaction des personnes prises en charge

- 11 Les groupes iso-ressources (GIR) permettent de classer les demandeurs de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en fonction des différents stades de perte d'autonomie, afin de déterminer le niveau d'aide dont ils ont besoin. Ils sont au nombre de 6, le GIR 1 correspondant au groupe de personnes les plus dépendantes, le GIR 6 aux personnes les plus autonomes.

Fiche-action N°10 (Axe 3, orientation 2)	Mutualiser les formations aux professionnels sur les problématiques de la perte d'autonomie
<i>Diagnostic de la situation</i>	Prendre en compte les limites de l'offre locale : - Manque ou nombre insuffisant de structures, de places, de moyens (Etablissement et Service d'Aide par le Travail et Entreprises Adaptées (ESAT, EA...)) pour personnes avec un handicap moteur - Manque d'alternatives avant une entrée en établissement - Pénurie de médecins sur Argentan, parfois les médecins en exercice n'acceptent plus de nouveaux patients - Impossibilité de bénéficier du dispositif d'hospitalisation à domicile sans aidant au domicile - Manque de familles d'accueil thérapeutique / manque de familles d'accueil - Manque de formation/d'accompagnement pour l'accueil des personnes âgées + de 60 ans en EHPAD présentant une problématique de santé mentale (manque de relais avec le secteur psychiatrique) - Nécessité de partager des formations sur le thème de la prise en charge des personnes avec handicap ou polyhandicap
<i>Objectifs spécifiques</i>	- Permettre aux professionnels du territoire de disposer de formations mutualisées et cohérentes sur les problématiques liées à la perte d'autonomie
<i>Objectifs opérationnels</i>	- Recenser les besoins des professionnels sur les problématiques liées à la perte d'autonomie. - Mutualiser ou développer des formations sur les problématiques liées à la perte d'autonomie à destination des professionnels du territoire. - Communiquer sur cette offre
<i>Promoteur de l'action</i>	Centre Hospitalier d'Argentan (service formation)
<i>Partenaires potentiels concernés</i>	Recensement des besoins : CLIC et membres du réseau de gérontologie du territoire, Comité Départemental Olympique et Sportif de l'Orne / Association des Paralysés de France (CDOS/APF) et réseau des acteurs « Perte d'autonomie/sport ». Appui à la construction de l'offre de formation : CH de Vimoutiers, Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS), Groupement d'ETablissement pour Formation Continue (GRETA), instituts de formations en soins infirmiers et aides-soignants, associations de malades Communication de l'offre : médecins libéraux, professionnels paramédicaux, associations de malades, travailleurs sociaux du territoire, structures médico-sociales (notamment les EHPAD)
<i>Description et modalités d'intervention</i>	Année 1 : Recenser les besoins des professionnels sur les problématiques liées à la perte d'autonomie. - S'appuyer sur le réseau gérontologique du territoire pour recenser les besoins concernant les pertes d'autonomie liées au vieillissement. - S'appuyer sur le réseau des acteurs « Perte d'autonomie/Sport » pour recenser les besoins des professionnels sur les problématiques de pertes d'autonomie. Mutualiser ou développer des formations sur les problématiques liées à la perte d'autonomie à destination des professionnels du territoire. - En fonction des besoins, mettre en place, auprès des professionnels de santé du territoire, des formations qui allient travail théorique sur un sujet, et des temps d'échanges (pluridisciplinaires) sur la pratique professionnelle. - Identifier les structures/professionnels compétents (notamment localement) pour intervenir sur ces sujets ou disposant d'une offre de formation (associations de patients notamment). - Organiser, sur le plan logistique, la mise en œuvre des formations. Communiquer sur cette offre - Communiquer, auprès des professionnels, sur l'offre proposée et s'appuyer sur les structures

	ayant fait connaître leurs besoins.
<i>Public cible</i>	Professionnels au contact des personnes en situation de perte d'autonomie.
<i>Calendrier</i>	Année 2017 : recensement des besoins des professionnels
<i>Secteur géographique</i>	Territoire du CLS
<i>Évaluation</i>	<u>Évaluation du processus</u> Recenser les besoins des professionnels sur les problématiques liées à la perte d'autonomie. • Besoins remontés par le Réseau Gériatologique • Besoins remontés par le réseau « Pertes d'Autonomie/sport » Mutualiser ou développer des formations sur les problématiques liées à la perte d'autonomie à destination des professionnels du territoire. • Nombre et type de formation développées et mises en œuvre • Nombre et type de professionnels ayant bénéficié d'une formation <u>Évaluation des résultats</u> • Adéquation entre les besoins exprimés par les professionnels et les formations proposées

Axe Transversal

Les groupes de travail, quel que soit l'axe travaillé, ont fait remonter parmi tous les constats, un cloisonnement important des pratiques professionnelles et une méconnaissance forte des compétences des uns et des autres sur le territoire. Développer le travail en transversalité et l'interconnaissance est donc apparu comme une priorité, à laquelle répond en partie la fiche-action suivante.

Orientation n°1: Développer la transversalité et l'interconnaissance entre les différents champs de compétences des professionnels

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Fiche-action 11 : Développer des temps d'échanges interprofessionnels entre professionnels du territoire |
|---|

Fiche-action N°11 (Axe transversal Orientation 1)	Développer des temps d'échanges interprofessionnels entre professionnels du territoire
<i>Diagnostic de la situation</i>	Prendre en compte les cultures et les représentations : - Les cultures professionnelles différentes - Les représentations des professionnels sur des autres structures et des problématiques de santé Prendre en compte l'organisation professionnelle : - Secret professionnel / secret médical qui bloquent les échanges - Cadres réglementaires des structures qui ne se recoupent pas - Code de la déontologie à respecter Développer : - La capacité des professionnels à travailler en partenariat et à articuler les interventions entre différents champs : justice, associatif, sanitaire, éducatif, social, sportif... - Manque de connaissance, par les professionnels des différents champs, de l'impact de leurs actions sur la santé, manque de définition partagée de la santé - Limites de chacun des professionnels ne s'autorisant pas forcément à sortir de son champ de compétence
<i>Objectifs spécifiques</i>	- Permettre aux professionnels d'améliorer leurs pratiques en partageant des temps de réflexions pluri-professionnels
<i>Objectifs opérationnels</i>	- Organiser des journées à destination des professionnels sur des sujets de santé en lien avec le CLS
<i>Promoteur de l'action</i>	Ville d'Argentan (Service Cohésion Sociale), avec l'appui du Pôle d'Équilibre Territorial et Rural (PETR)/Agence Régionale de la Santé (ARS)
<i>Partenaires potentiels concernés</i>	Tous les professionnels du territoire concernés par les maladies chroniques, l'environnement santé, les addictions et les pertes d'autonomie
<i>Description et modalités d'intervention</i>	Organiser des journées à destination des professionnels sur des sujets de santé en lien avec le CLS : - Mise en place de temps de réflexion pluri-professionnels sur chacune des thématiques. Ces réflexions peuvent s'appuyer sur l'organisation, chaque année, d'une journée, par thématique pour : - Partager un sujet d'actualité ou un enjeu de santé en matière d'addictologie, de perte d'autonomie, de handicap, d'environnement santé ou de maladie chronique. - Permettre l'échange de pratiques. - Identifier les acteurs-ressources sur la thématique ou le sujet abordé. - Les Comités Techniques seront l'occasion de faire remonter les besoins des acteurs sur les différentes thématiques
<i>Public cible</i>	Professionnels du territoire
<i>Calendrier</i>	Rentrée 2017 , suite aux premiers Comités Techniques
<i>Secteur géographique</i>	Territoire du CLS
<i>Évaluation</i>	Évaluation du processus : Organiser des journées à destination des professionnels sur des sujets de santé en lien avec le CLS • Nombre de journée proposées aux professionnels • Écarts entre le nombre de professionnels souhaité et le nombre de participants • Thèmes abordés

	<u>Évaluation des résultats :</u> • Amélioration de la pratique professionnelle • Satisfaction des échanges de pratique selon les professionnels • Adéquation entre les journées proposées et les besoins réels du territoire • Amélioration des connaissances des acteurs/ressources sur les thèmes abordés selon les professionnels
--	---

Les Articles du contrat

Vu l'article L. 1434-2 alinéa 3 du Code de la Santé Publique (CSP), créé par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST, modifiée, qui dispose que « *la programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé ...* » ;

Vu l'article L. 1434-17 du CSP qui dispose que « *la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'Agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social* » ;

Vu l'article R. 1434-7 du CSP qui dispose que « *les programmes territoriaux de santé et les contrats locaux de santé sont soumis pour avis aux conférences des territoires concernés* » ;

Vu le projet régional de santé de Basse-Normandie publié au recueil des actes administratifs de la région Basse-Normandie le 8 février 2013 ;

Vu l'extrait du registre des délibérations du Conseil Municipal de la commune d'Argentan, en séance du 12 décembre 2016

Vu l'extrait du registre des délibérations du Comité Syndical du Pôle d'Equilibre Territorial et Rural Pays d'Argentan, d'Auge et d'Ouche, en séance du 4 juillet 2016, publié le 18 juillet 2016

Vu l'avis de la conférence de territoire de l'Orne réunie en assemblée plénière le 19 octobre 2016

Il est donc convenu ce qui suit :

Entre

L'Agence Régionale de Santé (ARS) Normandie sise à l'Espace Monet, 2 Place Nouzille, 14000 CAEN, représentée par son Directeur Général,

Et

La ville d'Argentan, sise au 1, place du Docteur Couinaud, 61200 Argentan, représentée par son maire M. Pierre PAVIS

Et

Le Pôle d'Équilibre Territorial et Rural Pays d'Argentan, d'Auge et d'Ouche, sis à la Maison des Entreprises et des Territoires, 12 route de Sées, 61202 Argentan, représenté par son Président M. Jean-Marie VERCRUYSE.

En présence de :

L'État, représenté par le Préfet de l'Orne, Madame Isabelle DAVID ;

Le Conseil Départemental de l'Orne, représenté par son Président, Monsieur Alain LAMBERT ;

La Conférence de Territoire de l'Orne, représenté par son Président, le Dr. Jean-Michel GAL

En collaboration avec :

Le Centre Hospitalier d'Argentan représenté par son Directeur, Monsieur Jérôme LE BRIERE ;

Établissement Public de Coopération Intercommunale (EPCI) Argentan Intercom, représenté par son Président ;

L'Espace Régional d'Éducation Thérapeutique (ERET) de Basse-Normandie représenté par son Président, le Professeur Yves REZNIK ;

La Mutualité Sociale Agricole (MSA) Mayenne Orne Sarthe, Comité Départemental de l'Orne représentée par sa Présidente Madame Martine MOULIN ;

L'Éducation Nationale, représentée par le Directeur Départemental des Services Départementaux de l'Éducation Nationale, Monsieur François LACAN ;

Le Comité Départemental Olympique et Sportif de l'Orne (CDOS), représenté par son Président Monsieur Christian VANNIER ;

L'Association des Paralysés de France (APF), délégation Départementale de l'Orne , représentée par son Directeur, Monsieur Mathieu MAMBERTA ;

L'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie de l'Orne, représentée par sa Directrice, Madame Françoise PLOMMEE ;

Le Centre Local d'Information et de Coordination Centre Orne (CLIC), Antenne d'Argentan, représenté par sa Présidente Madame Catherine BESNARD ;

Article 1 : Les parties signataires du contrat

Les signataires co-contractants engagés dans le contrat

- La ville d'Argentan,
- L'Agence Régionale de Santé de Normandie,
- Le Pôle d'Equilibre Territorial et Rural du Pays d'Argentan d'Auge et d'Ouche,

Les partenaires engagés

Le Contrat Local de Santé du territoire d'Argentan associe également :

- La Préfecture de l'Orne,
- Le Conseil Départemental de l'Orne,
- La Conférence de Territoire de l'Orne,

de même que les promoteurs d'actions suivants :

- Le Centre Hospitalier d'Argentan,
- La Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale de l'Orne,
- L'Espace Régional d'Education Thérapeutique Basse-Normandie,
- La Communauté de Communes Argentan Intercom,
- Le Centre Local d'Information et de Coordination Centre Orne (Antenne d'Argentan),
- La Délégation Départementale de l'Association des Paralysés de France de l'Orne,
- Le Comité Départemental Olympique et Sportif de l'Orne,
- La Mutualité Sociale Agricole Mayenne Orne Sarthe,
- L'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie de l'Orne.

Article 2 : Le périmètre géographique du contrat

Le programme d'action du CLS a vocation à s'étendre sur une grande partie du territoire du PETR-Pays d'Argentan, d'Auge et d'Ouche, au delà du territoire communal d'Argentan. Ce choix d'un périmètre élargi résulte d'une volonté de rendre cohérente cette politique de santé avec les usages des habitants du territoire. En effet, le périmètre choisi correspond globalement à l'aire de patientèle du Centre Hospitalier.

En outre, la Communauté de Communes du Pays de l'Aigle et de la Marche, qui fait partie de ce territoire, s'est déjà engagée dans la signature d'un CLS, qui s'étend sur la période 2013-2018. Enfin, au 1er janvier 2017, la Communauté de Communes de la Ferté Fresnel rejoint la Communauté de Communes du Pays de l'Aigle et de la Marche pour ne former qu'une seule intercommunalité.

Ainsi, cette partie du PETR Pays d'Argentan, d'Auge et d'Ouche bénéficiant déjà d'un CLS, il a donc été décidé conjointement entre les signataires co-contractants que le territoire d'intervention du présent contrat concernerait les 6 communautés de communes suivantes (cf. carte p.10):

- « Argentan Intercom » ;
- « Courbes de l'Orne » ;
- « Haras du Pin » ;

(Ces trois premières communautés de communes fusionneront au 1er janvier 2017)

- « Vallées du Merlerault » ;
- « Pays de Camembert » ;
- « Région de Gacé » ;

Ces trois dernières communautés de communes fusionneront également au 1er janvier 2017. Ainsi, au 1er janvier 2017, le CLS s'étendra sur un territoire composé de deux grandes intercommunalités.

Article 3 : Axes stratégiques et méthodologie d'élaboration

Pour parvenir au plan d'action décrit en amont, plusieurs étapes ont été nécessaires. Tout d'abord, trois grands axes stratégiques avaient été retenus pour le territoire d'Argentan, en lien avec les priorités du PRS :

- Agir sur les maladies chroniques et l'environnement santé
- Renforcer l'accès aux soins et prévenir les conduites addictives
- Lutter contre l'isolement et renforcer l'accès aux soins des personnes en perte d'autonomie

Des groupes de travail ont été mis en place pour travailler sur chacun de ces axes, à raison de trois séances pour chaque axe. Durant ces séances, les participants ont eu la charge d'étoffer le diagnostic réalisé dans le cadre de l'Atlas Régional de Santé, et de décliner les axes en grandes orientations. La dernière session a consisté à traduire ces grandes orientations de façon opérationnelle par des fiche-actions, et d'identifier des promoteurs potentiels pour porter ces fiches.

Les groupes de travail ont réunis en tout près d'une centaine de personnes, issues de champs très divers : accompagnement social, médico-social, soins, accès aux droits, éducatif, milieu associatif etc. Ils ont été mis en place et animé avec le soutien méthodologique de l'IREPS de Basse-Normandie.

Article 4 : Gouvernance

Le Comité Territorial de Pilotage

Le Comité Territorial de Pilotage est l'instance décisionnelle du CLS. Il réunira les co-contractants, auxquels sont associés les partenaires signataires, les représentants des promoteurs d'actions, ainsi que les représentants des communautés de communes incluses dans le périmètre. Il aura pour objet de :

- valider les propositions du Comité Technique,
- valider les avenants éventuels,
- valider l'évaluation annuelle du CLS,
- élaborer des recommandations.

Il se réunira au minimum une fois par an, et sera animé par la Délégation Départementale de l'Orne de l'ARS.

Le Comité Technique

Animé par la ville d'Argentan, le comité technique réunit les référents techniques des trois co-contractants, ainsi que les promoteurs des actions. Il aura pour rôle :

- de coordonner, d'impulser les actions
- de suivre la mise en œuvre et l'évolution des actions
- d'étudier les difficultés rencontrées par les promoteurs
- d'assurer le suivi annuel et l'évaluation du CLS
- de préparer les séances du comité de pilotage.

Article 5 : Modalités de suivi

L'animation et le suivi des actions du CLS sont confiés au service Cohésion Sociale de la ville d'Argentan, avec l'appui méthodologique de l'ARS de Normandie. Au sein de ce service, le coordonnateur du CLS a pour missions :

- d'animer l'instance du comité technique
- de mobiliser et d'apporter un soutien aux promoteurs des actions
- d'assurer la coordination des acteurs et la cohérence globale des actions menées
- d'assurer le suivi de la mise en œuvre des actions

Le PETR Pays d'Argentan d'Auge et d'Ouche s'engage à apporter un appui technique à la ville d'Argentan et à faciliter la mobilisation des acteurs et des partenaires situés en dehors de la ville d'Argentan.

Les promoteurs d'action ont pour rôle de mettre en œuvre les moyens nécessaires à la réalisation des fiches-actions, c'est-à-dire d'assurer l'atteinte des objectifs, de mobiliser les partenaires potentiels, de faire appel à d'éventuels financements, mais également de procéder à l'évaluation de leurs actions.

Article 6 : L'évaluation

La démarche d'évaluation a pour but de déterminer dans quelle mesure la stratégie et la dynamique du CLS ont permis d'apporter une véritable plus-value au territoire en matière de santé, par rapport aux actions et dispositifs déjà existants. Elle permet également aux membres du Comité Territorial de Pilotage de réorienter ou de réajuster la programmation du CLS selon les résultats obtenus.

Afin de constituer une base pour la démarche évaluative, deux types d'indicateurs d'évaluation ont été proposés aux promoteurs d'actions :

- des indicateurs de suivi (ou évaluation du processus) de leurs actions, qui servent à mesurer de façon quantitative et qualitative l'avancée du projet. Ils portent sur les moyens et ressources consacrés aux actions, les partenariats mis en œuvre, les acteurs impliqués, le public touché etc.
- des indicateurs d'évaluation des résultats, qui permettent de mesurer les effets concrets des actions menées au regard des objectifs fixés. Ils portent sur la pertinence de ces objectifs, l'efficacité et l'efficience des actions.

Le coordonnateur aura la charge de recueillir les données et informations remontées par les promoteurs et de les accompagner dans l'évaluation de leurs actions respectives. Il assurera l'évaluation globale du CLS, en lien avec l'ARS. Celle-ci intervient au terme du contrat, et vise à mesurer l'impact réel produit sur la santé des populations au regard des priorités de santé du PRS.

Une attention particulière sera également portée à l'articulation entre l'évaluation du CLS et celle du Contrat de Ville. Certains indicateurs d'évaluation inscrits dans les fiches-action font d'ailleurs référence aux quartiers en Politique de la Ville.

L'ARS et la ville d'Argentan assureront la présentation des données de l'évaluation au cours des Comités Territoriaux de Pilotage.

Article 7 : Les propriétés et publicités des résultats

Les dispositions de cet article sont régies par le Code de la Propriété Intellectuelle. Les études et résultats publiés, édités, divulgués, quel que soit le support, devront mentionner les noms et logos des différents signataires. Les signataires bénéficient d'un droit de regard sur les éventuelles publications.

En cas de litiges ou de différends survenant entre les signataires à raison du présent contrat ou de son application, les parties s'engagent expressément à soumettre leur différend à des conciliateurs qu'elles auront désignés.

Une solution amiable devra intervenir dans un délai maximum de 6 mois à compter de la date à laquelle la désignation du premier conciliateur est notifiée à l'autre partie. Faute d'accord dans le délai imparti, la juridiction compétente pourra être saisie.

Article 8 : Le financement du contrat

Les signataires cocontractants s'engagent à réserver les moyens financiers permettant la mise en œuvre des objectifs opérationnels du présent contrat, dans le respect de leurs champs de compétences respectifs. Cette mobilisation de moyens se fait dans le cadre des procédures d'appel à projet et d'allocation de ressources relevant du droit commun en vigueur.

Article 9 : La durée du contrat

Le présent contrat prend effet à la date de sa signature pour une durée correspondant à la période de validité du PRS de Basse-Normandie, soit au plus tard le 8 février 2018.

Ainsi, le présent contrat s'étend donc sur une période d'une année. Il s'agit d'une première année d'expérimentation qui vise principalement à installer les premières actions et à mettre en place les premiers partenariats.

Les signataires examineront au terme de cette année de fonctionnement les modalités d'exécution des dispositions du présent contrat. Ils décideront alors des modalités de son renouvellement.

Article 10 : La révision du contrat

Le présent contrat pourra toutefois être révisé et complété par le biais d'avenants par les cocontractants engagés dans le contrat. Ces avenants, validés en instance de Comité Territorial de Pilotage, pourront concerner notamment :

- de nouveaux partenaires qui pourront s'associer au présent contrat selon ces modalités
- de nouvelles orientations et actions qui pourront être ajoutées à la programmation

Les signataires sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution des dispositions du présent contrat.

Signatures

Les parties signataires co-contractantes :

Monsieur le Maire d'Argentan

Monsieur le Directeur Général de
l'ARS Normandie

Monsieur le Président du PETR Pays
d'Argentan, d'Auge et d'Ouche

Pierre PAVIS

Jean-Marie VERCRUYSSSE

En présence de :

Madame le Préfet

Monsieur le Président du Conseil
Départemental de l'Orne

Monsieur le Président de la
Conférence de Territoire de l'Orne

Isabelle DAVID

Alain LAMBERT

Dr. Jean-Michel GAL

Les partenaires promoteurs d'action

Monsieur le Directeur du Centre
Hospitalier d'Argentan

Monsieur le Directeur des Services
Départementaux de l'Éducation
Nationale de l'Orne

Monsieur le Président de la
Communauté De Communes
Argentan Intercom

Madame la Directrice de
L'Association Nationale de
Prévention en Alcoologie et
Addictologie de l'Orne

Monsieur le Président de L'Espace
Régional d'Éducation
Thérapeutique Basse-Normandie

Madame la Présidente du Centre
Local d'Information et de
Coordination Centre Orne

Monsieur le Directeur de la
Délégation Départementale de
l'Orne de l'Association des
Paralysés de France

Monsieur le Président du Comité
Départemental Olympique Sportif
de l'Orne

Madame la Présidente de la
Mutualité Sociale Agricole Mayenne
Orne Sarthe



Glossaire

AAP	Appel À Projet
ADMR	Aide à Domicile en Milieu Rural
APA	Allocation Personnalisée d'Aide/d'Autonomie
APF	Association des Paralysés de France
ASEPT	Association pour la Santé, l'Education, la Prévention sur les Territoires
ASV	Atelier Santé Ville
BIJ	Bureau d'Information Jeunesse
ANPAA	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ARS	Agence Régionale de Santé
CAARUD	Centre d'Accompagnement et d'Accueil à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail
CC/CDC	Communauté de Communes
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDOS	Comité Départemental Olympique et Sportif de l'Orne
CESC-I	Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté Inter-établissements
CH	Centre Hospitalier
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CLS	Contrat Local de Santé
CLSPD	Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance
CMP	Centre Médico Psychologique
CMPEA	Centre Médico Psychologique pour Enfants et Adolescents
CMU-C	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPO	Centre Psychothérapique de l'Orne
CPS	Compétences Psycho Sociales
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSIP	Centres de Soins Infirmiers Polyvalents
CSP	Code de la Santé Publique
CUCS	Contrat Urbain de Cohésion Sociale
DRAAF	Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt de Normandie
DRJSCS	Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées ou Dépendantes
EPCI	Etablissements Publics de Coopération Intercommunale
ERET	Espace Régional d'Education Thérapeutique
ESAT/EA	Etablissement et Service d'Aide par le Travail et Entreprises Adaptées
ETP	Education Thérapeutique du Patient
FIPD	Fond Interministériel de Prévention de la Délinquance

GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GRETA	Groupement d'Etablissement pour Formation Continue
HAD	Hospitalisation à Domicile
HPST	Loi Hôpital Patients Santé Territoires
ICM	Indice Comparatif de Mortalité
IDE	Infirmiers Diplômés d'Etat
IREPS	Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MDC	Maison du Citoyen
MILDECA	Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives
MSA	Mutualité Sociale Agricole
OCDE	Organisation de Coopération et d'Organisation Économique
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PDIHL	Plan Départemental d'Insertion par l'Hébergement et le Logement
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRE	Programme de Réussite Éducative
PRGDR	Programme Régional de Gestion du Risque
PRIAC	Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS	Projet Régional de Santé
PRT	Programme Régional de Télémédecine
PSLA	Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire
PSRS	Plan Stratégique Régional de Santé
PETR	Pôle d'Équilibre Territorial et Rural
RPA	Résidences pour Personnes Âgées
RSA	Revenu de Solidarité Active
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
SROMS	Schémas Régionaux d'Organisation Médico-Sociale
SROS	Schémas Régionaux d'Organisation des Soins
SRP	Schémas Régionaux de Prévention
SSIAD	Service de Soins Infirmiers À Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TAP	Temps d'Accueil Périscolaires
TCM	Taux Comparatif de Mortalité
UC-IRSA	UC-Institut Inter-Régional pour la Santé
UDAF	Union Départementale des Associations Familiales
UNA	Union Nationale de l'Aide des soins et des services aux domiciles
UNSS	Union Nationale du Sport Scolaire
USEP	Union Sportive de l'Enseignement du Premier degré

Annexes

1. Participants aux groupes de travail d'élaboration du CLS

ARNOULT	Carole	APF Argentan SAVS SAMSAH
AUBERT	Fanny	EHPAD Occagnes IDEC
AUBEY	Anaël	APF Argentan SAVS SAMSAH
BANNWARTH	Daniel	Restaurants du Cœur - Argentan
BASILLE	Véronique	Maison des mots à Argentan
BATREL	Odile	ASPTT Argentan (club omnisport)
BESNIER	David	Préparateur - Pharmacie du Griffon
BLAISE	Lydia	Vie Libre - responsable groupe femmes sur Alençon
BLAISE	Didier	Responsable mouvement vie libre
BOCQUIER	Jeanne-Marie	APF Argentan SAVS SAMSAH
BODIGUEL	Isabelle	Médecin - MSA Mayenne-Orne-Sarthe
BORIES	Robert	ASPTT Argentan (club omnisport)
BOUILLARD	Céline	EHPAD à Ecouché - IDEC
BOURDEAU	Carine	EHPAD à Ecouché - IDE
BOURGOIN	Eddy	ARS - Inspecteur principal d'Etudes sanitaires SE
BULTEL	Alain	CPO Alençon - cadre socio-éducatif
CARLIER	Audrey	APF Argentan SAVS SAMSAH
CHANTREUIL	Christine	Déléguée - MGEN de l'Orne
CHAPLAIN	Elise	CD 61 CAS Argentan
CHAPPE	Delphine	CD 61 CAS Argentan - Responsable
CHASSAL	Corinne	Service sport Argentan
CHATELAIS	Sandra	MDA Argentan - ES - accueil
CHATELAIS	Mickael	Comité handisport Professeur EPS
CHOPIN	Béatrice	EHPAD à Ecouché - IDE
CHOQUET	Brigitte	EHPAD Saint-Vincent de Paul à Occagnes
CHORIN	Célian	Service cohésion social ville d'Argentan
CUMONT	Céline	Directrice CCAS et de l'action sociale d'Argentan

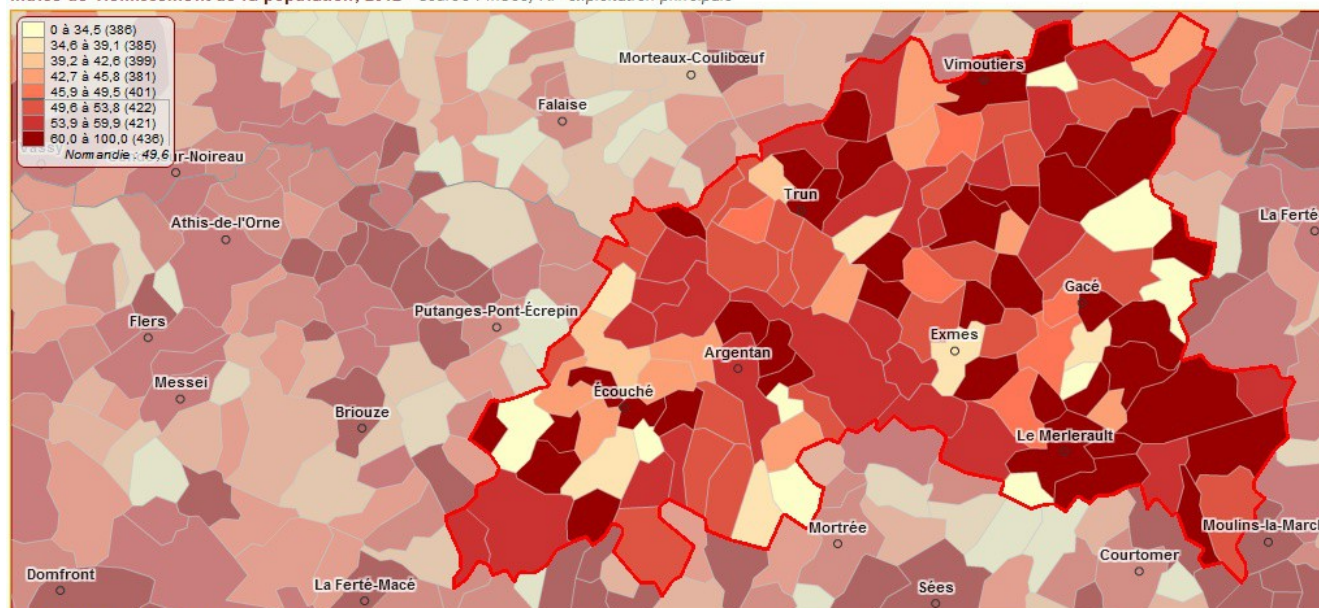
DAVY	Huguette	LCC - Ligue contre le cancer
DELAHAIE	Eliane	Infirmière scolaire au Lycée Gabriel à Argentan
DELAHAYE	René	Vie Libre - Secrétaire départemental
DELANNOY	Anne-Sophie	Cadre de santé pédiatre -CH à Argentan
DESHAYES	Laetitia	CARSAT Assistante de service social
DEYTIEUX	Anne-Sophie	MDA Argentan - Equipe mobile - ES
DORDY	Colette	AFSEP
DUVAL	Antoine	Lycée Gabriel à Argentan - Etudiant IFSI
FERMEN-BOULLIN	Doriane	Circonscription d'action sociale à Argentan
FERTALA	Marylène	Pharmacie du Griffon Préparatrice - responsable qualité
FEVRE	Véronique	CH Cadre de santé court séjour gériatrie
FILLONEAU	Charlotte	SPIP Argentan - ASS
FORTIN	Jacques	Parkinsoniens de l'Orne
FORTIN	Michèle	Parkinsoniens de l'Orne
FAUCOIN	Karine	Pilote MAIA - CLIC Centre Orne
FROGER	Pascale	MDPH de l'Orne - Directrice
GALEA	François-Xavier	Chef de la sûreté urbaine - commissariat Argentan
GENDRONNEAU	Catherine	LCC - Coordinatrice du Comité de l'Orne
GENIN COSSIN	Christine	Pharmacie du Griffon
GEROME	Antoinette	Familles rurales Vimoutiers
GESLAIN	Laurence	Conseil départemental de l'Orne - Médecin PMI
GUILLAUME	Jean-Luc	Conseiller social - MSA Mayenne Orne Sarthe
HEROVIN	Christine	Directrice Ass Tutélaire Majeurs Protégés Orne
JOLY	Claudine	Présidente du CREPAN
JOUVET	Françoise	Restaurants du Cœur - Argentan
LABOUS	Cloé	EHPAD à Echauffour
LAGUNEGRAND	Gérard	Parkinsoniens de l'Orne
LAMBERT	Michel	LCC - Ligue contre le cancer
LE GROS	Lucie	APF Argentan SAVS SAMSAH
LE GUICHARD	Brigitte	ACI Développement
LEFEBVRE	Laurianne	Coordinatrice du CLIC Centre Orne - Antenne d'Argentan
LELONG	Frédéric	CARSAT Normandie
LELONG	Sylvie	ASS - ANPAA 61

LENFANT	Cécile	CDOS de l'Orne
LERAT	Françoise	Educatrice spécialisée - Drog'aide
LERMIER	Sylvie	Maison du Citoyen Argentan
LEROCHEREUIL	Isabelle	ASS - Conseil Départemental de l'Orne
LEROY	Pascale	CPAM de l'Orne
MAILLARD	Jean-Louis	Président Association Envol Sans Alcool
MARIE	Florence	ACI Développement
MARIE	Monique	ANPAA bénévole
MATEL	Nathalie	ASS Polyvalent de Secteur CAS Argentan
MAURY	Brigitte	Responsable adjointe de Circonscription d'action sociale à Argentan
MAYNAUD	Laurent	Directeur SPIP 61
MIGNIAU	Pascale	CARSAT Normandie -ASS
MONTEBRUN	Manuela	Conseillère d'animation sportive DDCSPP de l'Orne
MOUCHEL-VALLON	Hortense	MAIA gestionnaire centre Orne Argentan / Vimoutiers
ORIoT	Morgane	MDA Argentan - équipe mobile - IDE
PLANCHE	Jean-Marie	UNAFAM 61 - siège à la MDPH et au CPO
PLOMION	Babeth	Section Bowling PL Argentan
PLOMMEE	Françoise	Directrice ANPAA 61
POINCELET	Bérengère	CCAS Coordinatrice service seniors
POMMIER	Martine	ANPAA bénévole
RICHARD	Anne	Directrice Associations Soins santé
SALISSON	Matthieu	Animateur Maison Familiale à Vimoutiers
SALLE-BIDAULT	Véronique	Restaurants du cœur - Argentan
SID	Farid	Maison des mots à Argentan
SIGNANINI	Marianne	Envol sans Alcool
SIOHAN	Violaine	Responsable Activité Promotion Santé 61 MFN
TRANCHANT	Michel	Envol sans Alcool
TREVEL	Marilyne	ERET BN Coordinatrice secteur alençonnais
TRIBODET	Gérard	Restaurants du cœur - Argentan
TROUPLIN	Etienne	Président France Alzheimer Orne
VANSTAEN	Emilie	ERET BN Coordinatrice paramédicale
VENARA	Véronique	Directrice SAVS SAMSAH APF Argentan
VILLEDIEU	Laurence	Chargée de mission - PETR du PAPAO

VINCENT	Aline	Stagiaire SPIP 61
VOURC'H	Jean-Yves	MDA - Coordonnateur départemental
WALKUSCH	Nathalie	Médecin - DSDEN
WARDEGA	Nathalie	ERET Coordinatrice - IDE CH Argentan
WATEL	Christine	CPO Alençon

2. Indice de vieillissement du territoire du CLS

Indice de vieillissement de la population, 2012 - source : Insee, RP exploitation principale



Normandie - IGN GéoFla - Normandie par commune

Insee 2012, SISTER, Région Normandie, IGN GéoFla