



CLS

Contrat Local de Santé

du Grand Périgueux
2019-2023

*Agir ensemble
pour la santé des citoyens
au cœur des territoires*



Préambule : les 5 principes partagés par les signataires

Les partenaires signataires fondent leur action partagée sur les principes suivants :

1/ En premier lieu, l'objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé doit être explicite sans quoi il est possible de proposer des actions aggravant au contraire les inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé.

Ces actions constituent nécessairement des réponses graduées en fonction des besoins de la population.

Les inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé ne touchent pas seulement les personnes les plus défavorisées. L'ensemble de la population est concerné. « Les inégalités sociales de santé suivent une distribution socialement stratifiée au sein de la population ».

2/ Par ailleurs, c'est sur l'ensemble des déterminants sociaux et environnementaux de la santé qu'il convient d'agir.

En effet, il est nécessaire d'adopter une approche globale de la santé intégrant, en dehors des interventions sur les comportements et sur l'accès au système de soins, des **interventions sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé**. « La santé d'une personne est d'abord le résultat des conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles ».

3/ Les signataires s'engagent plus particulièrement à agir sur les inégalités d'accès et de continuité du système de soins et à promouvoir un parcours de santé cohérent et adapté à chacun.

Certaines inégalités sont liées à l'organisation même du système de soins. C'est pourquoi les signataires attachent une importance à l'accès aux droits, à l'accès aux soins de premier recours et à la continuité du parcours de santé. Ces accès et cette continuité doivent être particulièrement améliorés pour les personnes fragiles et défavorisées, plus sensibles aux ruptures. Ils veilleront à favoriser la mise en œuvre de parcours cohérents de santé, allant de la prévention à la prise en charge en passant par les soins en identifiant au préalable les inégalités rencontrées dans les parcours (points de ruptures, public concernés...).

4/ De plus, les signataires s'engagent à favoriser et à mettre en œuvre la participation des citoyens

Le renforcement des compétences des citoyens et notamment de ceux éloignés des processus de décision est un moyen efficace de réduire les écarts de santé. Ce renforcement doit permettre, comme pour les professionnels, d'aller vers l'association systématique des usagers à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des actions, en veillant à ce que les citoyens confrontés aux difficultés les plus importantes trouvent toute leur place.

5/ Enfin, pour agir efficacement sur les inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé, le Contrat local de santé s'appuie sur une stratégie locale d'intervention cohérente avec celles des autres échelons d'intervention et dans une approche intersectorielle afin de dépasser les fonctionnements cloisonnés en mobilisant une pluralité d'acteurs issus du champ sanitaire et des autres politiques publiques y compris de la politique de la ville.

Les signataires du Contrat local de santé du Grand Périgueux

M. Michel LAFORCADE
Directeur général de l'Agence Régionale
de Santé de Nouvelle Aquitaine

M. Jacques AUZOU
Président de la Communauté
d'agglomération le Grand Périgueux

M. Frédéric PERISSAT
Préfet de la Dordogne

M. Germinal PEIRO
Président du Conseil départemental de la
Dordogne

M. Jacques CAILLAUT
Inspecteur d'académie
Directeur des services départementaux
de l'Education Nationale de la Dordogne

M. Thierry LEFEBVRE
Directeur général du
Centre hospitalier de Périgueux

Mme Catherine PETRASZKO
Directrice de la Caisse Primaire d'Assurance
Maladie de la Dordogne

M. Pascal EMILE
Directeur de la Caisse
d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
Aquitaine

M. Jean-François FRUTERRO
Président de la Mutualité Sociale Agricole
Dordogne et Lot-et-Garonne

M. Michel BEYLOT
Directeur de la Caisse d'Allocations Familiales
de la Dordogne

M. Jean-Philippe LAVAL
Président de la Mutualité Française
Dordogne

M. Philippe FRANCOIS
Président du Service inter entreprise de santé
au travail

M. Pierre MALTERRE
Directeur général de la Polyclinique Francheville

Mme Sylvaine CELERIER
Directrice du Centre Hospitalier de Vauclaire

Sommaire

Préambule : les 5 principes partagés par les signataires	1
Sommaire	4
Introduction : La santé et la réduction des inégalités	5
1. La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé	7
2. Le contexte d'élaboration du Contrat local de santé du Grand Périgueux.....	8
Le cadre légal.....	8
La co-construction du Contrat local de santé de 2 ^{ème} génération.....	8
3. Le diagnostic du territoire	10
Un territoire qui s'élargit et des conditions socio-économiques hétérogènes.....	10
L'état de santé des habitants : des fragilités à prendre en compte.....	12
4. La gouvernance du Contrat local de santé	15
L'articulation du contrat avec les autres documents stratégiques	15
Les instances de pilotage.....	15
L'animation du partenariat, le suivi et l'évaluation du contrat.....	18
5. Les axes prioritaires (2019-2023)	20
a/ Prévention et promotion de la santé	20
b/ Santé mentale : favoriser le bien-être psychique de la population.....	21
c/ Santé environnementale : promouvoir un cadre de vie favorable à la santé.....	22
d/ Informer, communiquer et évaluer les actions du CLS.....	23
6. Les engagements des parties signataires	24
Annexe : Modèle de fiche-action	30

Introduction : La santé et la réduction des inégalités

Comme d'autres régions françaises, la Nouvelle-Aquitaine est marquée par de fortes disparités en termes d'écart d'espérance de vie, de taux de mortalité infantile, de répartition inégale de l'offre de soins et de prévention.

L'article L.1434-17 du Code de la santé publique offre la possibilité aux ARS de conclure des Contrats locaux de santé (CLS) avec notamment les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

Convaincue de l'intérêt de cet outil pour lutter contre les inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé et développer la transversalité interne au champ sanitaire et externe (en lien avec les autres politiques publiques), l'ARS Nouvelle-Aquitaine, le Grand Périgueux et leurs partenaires se sont engagés de manière volontariste dans la signature d'un Contrat local de santé de 2^{ème} génération.

Le CLS, c'est quoi ?

- **une démarche « contractuelle, partenariale et intersectorielle »** associant :
 - ✓ des partenaires signataires (à minima une collectivité territoriale, l'ARS, la Préfecture, le Conseil départemental, les organismes de protection sociale et établissements de santé)
 - ✓ des acteurs du champ de la santé et des autres politiques publiques impactant favorablement la santé (éducation, aménagement du territoire, alimentation et activité physique, logement et habitat, etc...)
 - ✓ des habitantes et des habitants
- **une démarche « territoriale »** mise en œuvre sur un territoire de projet (EPCI, commune de forte densité populationnelle, voire un territoire plus vaste type bassin de vie)
- **une « démarche-projet »** structurée autour d'un diagnostic local de santé partagé, de l'élaboration d'un plan d'action et de modalités de suivi et d'évaluation
- **une approche « globale » de la santé** : portant sur la prévention et promotion de la santé, l'accès aux soins, l'accompagnement médico-social et les déterminants sociaux

Quels sont les enjeux des CLS ?

- Décliner le programme régional de santé et le schéma régional de santé, ce qui inclut le Projet régional santé environnement ainsi que la stratégie régionale en faveur de la petite enfance en santé environnementale et le Programme Régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies ;
- Réduire les inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé (à l'échelle régionale et à l'échelle locale) ;
- Décliner le volet santé des contrats de ville et des contrats territoriaux ;
- Promouvoir des parcours de santé plus cohérents à l'échelle locale.

En articulation avec les autres démarches territoriales ayant un impact sur la santé

Les inégalités de santé vues par le Défenseur des droits

La protection de la santé des populations et l'accès aux soins constituent des droits fondamentaux. Or l'accroissement des situations de renoncement ou de refus de soins, les difficultés d'accès à la protection sociale, le coût accru des soins notamment du fait des dépassements d'honoraires, rendent la jouissance de ces droits de moins en moins effective.

Selon un baromètre sur l'accès aux soins de 2013, **33% des personnes interrogées déclarent avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières**, contre 27% en 2012. Les barrières financières se concentrent le plus souvent **sur les soins dentaires**, et dans une moindre mesure, l'optique ainsi que les consultations de médecins généralistes et spécialistes.

Médecins du monde a ainsi alerté de la dégradation de la situation sanitaire : un patient sur quatre dans son parcours de soins vient se soigner trop tardivement, **deux tiers des enfants de moins de 7 ans ne sont pas à jour dans leurs vaccinations, 68% des femmes enceintes n'ont pas accès aux soins prénataux et 85% des patients n'ont aucune couverture maladie**.

En 2012, plus de 3,3 millions de personnes sont privées de complémentaire santé, soit 500 000 de plus qu'en 2010. Un jeune de moins de 18 ans sur trois est couvert par la Couverture maladie Universelle Complémentaire (CMU-C).

L'aide à la complémentaire santé (ACS), qui consiste en une aide financière pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé, n'est pas suffisamment connue. Selon l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), seules 22% des personnes éligibles auraient fait valoir leurs droits en 2011.

Dans ces conditions, la question de l'accès aux droits à la santé se pose avec acuité.

Par ailleurs, selon l'INSEE, **trois millions de personnes ont fait l'objet de discrimination en raison de leur état de santé**. 41% des jeunes de 10 à 25 ans atteints d'une déficience déclarent avoir subi au cours de leur vie une discrimination à cause de leur état de santé ou de leur handicap.

En matière d'accès ou de maintien dans l'emploi, les discriminations liées à l'état de santé des personnes tendent à devenir un enjeu sociétal du fait notamment de l'augmentation du nombre de maladies chroniques qui touchent environ 15 millions de personnes.

Selon la 8^{ème} édition du baromètre du Défenseur des droits et de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) de 2015, lors d'un entretien d'embauche ou d'une épreuve de concours administratif, plus de **34% des demandeurs d'emplois ont été interrogés sur leur état de santé** (39% d'hommes contre 28% de femmes).

Une enquête de l'association Aides montre que moins de la moitié des personnes séropositives travaillent (46%). Par ailleurs, les personnes atteintes du VIH font régulièrement face à des refus de soins dentaires, pourtant interdits.

En matière d'accès aux biens et aux services privés, les demandes d'assurances avec un risque aggravé de santé représentent plus de 530 000 dossiers, soit 12,8% de l'ensemble des demandes d'assurance pour les crédits immobiliers et professionnels. Malgré l'existence de la convention AERAS* pour faciliter l'accès à l'emprunt des personnes malades, l'accès aux assurances demeure problématique.

Enfin, s'agissant des inégalités territoriales, si la France compte plus de 200 000 médecins (généralistes et spécialistes), les agences régionales de santé (ARS) constatent de fortes disparités régionales, 60% de jeunes médecins ne souhaitent pas s'installer en zone rurale en raison de fortes exigences de disponibilité et de l'isolement.

Source : <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/outils/les-inegalites-de-sante#Un%20rapide%20C3%A9tat%20des%20lieux> (Mars 2015)

* La convention *S'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé* « Aeras » est un dispositif conventionnel appliqué automatiquement par l'ensemble des banques et des assureurs qui proposent une assurance emprunteur. Elle permet à une personne présentant ou ayant présenté un risque aggravé de santé d'obtenir à des conditions spécifiques un prêt immobilier qu'elle ne pourrait pas obtenir dans les conditions standards d'assurance.

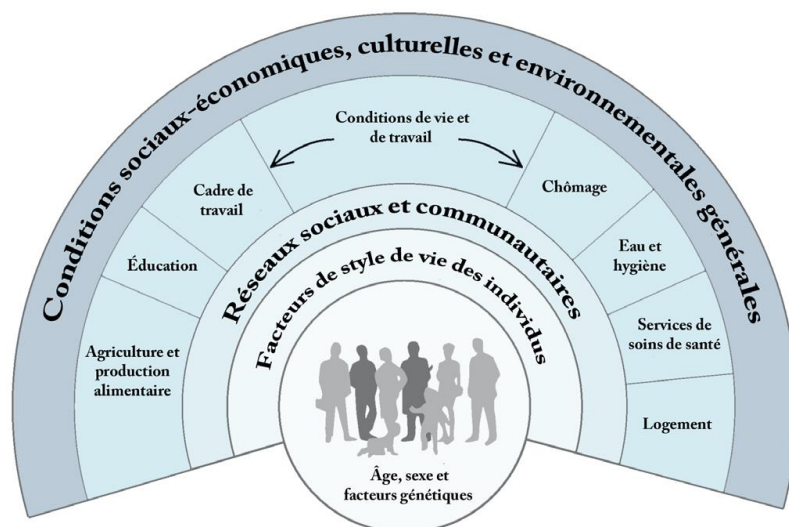
1. La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme étant «un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consistant pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ». Ceci implique d'agir sur l'ensemble des déterminants de la santé mais aussi de développer des stratégies coordonnées de promotion de la santé pour réduire les inégalités en la matière.

La Charte d'Ottawa de 1986 précise¹:

« La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de la vie.

Divers facteurs - politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques - peuvent tous la favoriser ou, au contraire, lui porter atteinte. (...) ».



L'effort de promotion de la santé vise à l'équité en matière de santé. Le but est de réduire les écarts actuels dans l'état de santé et de donner à tous les individus les moyens et les occasions voulus pour réaliser pleinement leur potentiel de santé. Cela suppose notamment que ceux-

ci puissent s'appuyer sur un environnement favorable, aient accès à l'information, possèdent dans la vie les aptitudes nécessaires pour faire des choix judicieux en matière de santé et sachent tirer profit des occasions qui leur sont offertes d'opter pour une vie saine.

Le coût des inégalités selon l'OMS :

Les inégalités en santé ont un coût financier non négligeable pour la société

Le Parlement européen a estimé que, dans l'Union européenne, les pertes liées aux inégalités en matière de santé se chiffraient à près de 1,4% du produit intérieur brut (PIB), soit presque l'équivalent du budget de la défense de l'Union (1,6% du PIB). Cela s'explique par les pertes de productivité et de recettes fiscales et par des dépenses sociales et de santé plus élevées.

Source : https://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/facts/fr/index8.html

¹ La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 la Charte qui en porte le nom en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de « Santé pour tous » d'ici à l'an 2000 et au-delà.

2. Le contexte d'élaboration du Contrat local de santé du Grand Périgueux

Le cadre légal

La loi portant réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires du 29 juillet 2009, dite loi HPST, a prévu la signature d'un Contrat local de santé (CLS) entre l'Agence régionale de santé (ARS) et une ou plusieurs collectivités territoriales dans le but de réunir leurs forces pour réaliser des objectifs communs visant l'amélioration de la santé des populations.

L'article L1434-10 du code de la santé publique précise que les Agences régionales de santé peuvent conclure des Contrats locaux de santé avec, notamment, les collectivités territoriales et leurs groupements, afin de mettre en œuvre le projet régional de santé (PRS) dans ses volets promotion de la santé, prévention, politiques de soins et accompagnement médico-social et social. En Nouvelle-Aquitaine, l'ARS a souhaité s'appuyer sur cette mesure, et suite à la publication du premier PRS qui couvrait la période 2012-2016, a impulsé une dynamique territoriale via ces outils que sont les Contrats locaux de santé.

Outils du partenariat local sur les questions de santé, les CLS visent à renforcer la qualité de la mise en œuvre de la politique de santé au niveau local en assurant à ce niveau la coordination des partenaires institutionnels et des acteurs.

Les CLS se situent comme de nombreux instruments de politique de santé dans le champ de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et articulent les priorités définies dans le projet régional de santé (PRS) avec les enjeux de santé jugés prioritaires au niveau local.

La co-construction du Contrat local de santé de 2^{ème} génération

Le 1^{er} Contrat local de santé du Grand Périgueux (2016-2019) a bénéficié d'une évaluation finale réalisée conjointement par l'Observatoire régional de la santé en Nouvelle Aquitaine (ORS NA), l'Instance régionale d'Education et de Promotion de la Santé (IREPS) et la mission de coordination du CLS. Elle a été conduite pendant l'année 2018. Les résultats de l'évaluation du processus, des actions, de l'Atelier santé ville et les propositions d'axes de travail pour le prochain CLS ont été présentés aux membres du comité de pilotage au mois de novembre 2018. Tous les partenaires ont confirmé leur intérêt de poursuivre le travail partenarial permis par le contrat et leur participation financière au poste de coordination (ARS, Etat et Conseil départemental).

Ces mêmes résultats et recommandations ont également été partagés avec les membres du groupe technique en mars 2019 (27 professionnels et bénévoles). En effet, le groupe technique a largement contribué à l'évaluation des actions et à la définition des axes de travail et des actions prioritaires du CLS 2^{ème} génération lors de 2 temps de travail réalisés en avril 2019. Les partenaires ont également été associés à la construction des axes et des actions lors d'entretiens individuels complémentaires aux échanges collectifs.

Le rapport final est téléchargeable sur le site internet du Grand Périgueux et de l'ORS NA.

Les éléments de synthèse présentés dans le rapport d'évaluation mettent en évidence les points forts et les points d'amélioration à prendre en compte pour l'élaboration du CLS de 2^{ème} génération. Ils sont décrits dans le tableau ci-après.

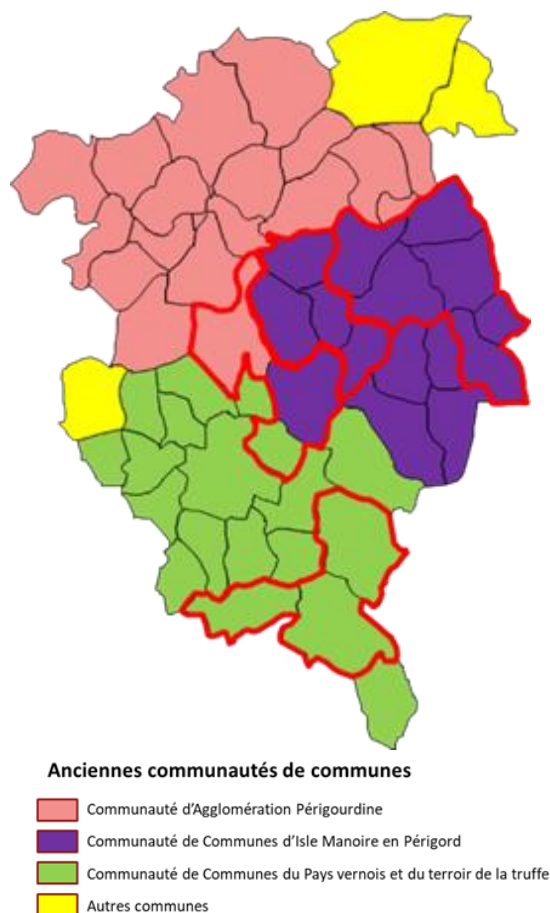
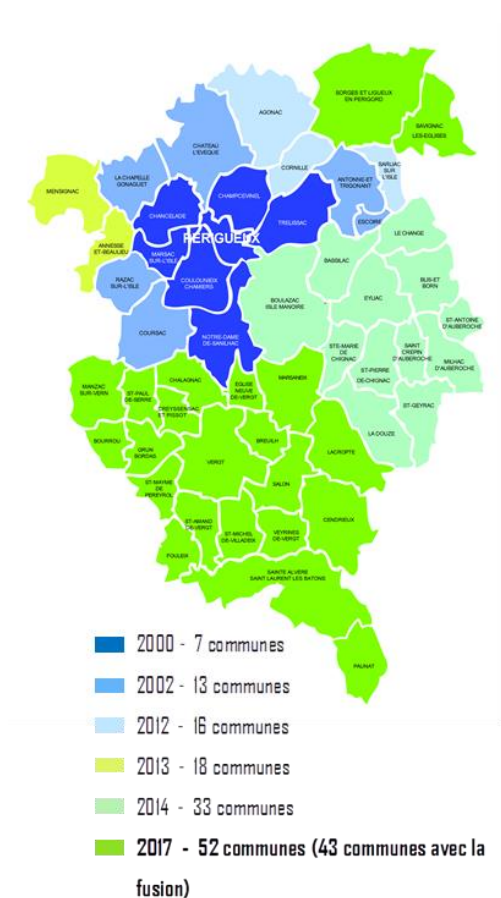
Les points forts	Les points faibles et/ou en questionnement
➤ La diversité des institutions signataires et des partenaires ▪ Une communauté d'agglo présente, impliquée et acculturée au champ de la santé ; ▪ La place faite aux acteurs du secteur privé : établissement sanitaire, service de santé au travail ; ▪ Une variété de segments de la santé couverts par les institutions signataires. ➤ Un mi-temps de coordination dédié ▪ Le cofinancement du poste par 4 institutions ; ▪ La cohérence entre la coordination du CLS et de l'Atelier santé ville (même personne pour les deux dispositifs) ; ▪ Une coordination du contrat efficace. ➤ Un contrat au départ très travaillé ▪ Une organisation précise avec des missions claires des différentes instances ; ▪ Un diagnostic collectif, partagé et validé par les acteurs, support des actions à venir. ➤ La situation géographique centrale du territoire du Grand Périgueux avec la présence des acteurs participants sur le territoire ➤ La montée en charge du partenariat sur le territoire, grâce à la coordination et l'animation du CLS, partenariat renforcé par la connaissance renforcée des uns et des autres ➤ La capacité à avoir su trouver des actions fédératrices, qui intègrent les champs de compétence de chaque institution	➤ La pérennité des projets menés et de leur financement ➤ Une difficulté à participer à toutes les instances et réunions pour certains acteurs travaillant à l'échelle départementale ➤ Difficultés à articuler certaines actions à l'échelle départementale et locale ➤ L'insuffisante participation des usagers et des habitants à la gouvernance du dispositif ➤ Le manque de lisibilité de certaines actions

3. Le diagnostic du territoire

Le Grand Périgueux a actualisé le diagnostic du territoire à partir du croisement de plusieurs sources documentaires :

- Fiche de territoire « le Grand Périgueux », réalisé par l'Observatoire régional de la santé Nouvelle Aquitaine (juin 2017) ;
- Diagnostic territorial de santé de la communauté d'agglomération le Grand Périgueux, réalisé par l'Observatoire régional de la santé Nouvelle Aquitaine (mars 2018) ;
- Evaluation à mi-parcours du Contrat de ville (Octobre 2018) ;
- Schéma départemental d'accès aux soins de proximité (2016-2020) ;
- Bilan de santé des élèves de 6^{ème} (février 2019, ORS NA et Education Nationale) ;
- Diagnostic territorial partagé du projet territorial de santé mentale en Dordogne (printemps 2019) ;
- Diagnostic du plan territorial de santé (déclinaison du projet régional de santé, priorités territoriales, ARS - Juin 2017) ;
- Diagnostic du projet Régional de santé, ARS Nouvelle Aquitaine (2018 - 2028).

Un territoire qui s'élargit et des conditions socio-économiques hétérogènes



Le Grand Périgueux est né le 1^{er} janvier 2014 de la fusion entre l'ancienne communauté d'agglomération périgourdine (CAP) et l'ancienne communauté de communes Isle-Manoire en Périgord.

En 2017, le périmètre du Grand Périgueux s'est fortement étendu avec l'intégration de 19 communes supplémentaires, pour la plupart membres de l'ancienne communauté de communes du Pays vernois. Sa population représente 103 500 habitants soit 25 % de la population de la Dordogne. Gagnant chaque année en moyenne +0,49 % d'habitants, les projections de l'INSEE prévoient une augmentation de près de 12 % d'ici 2050.

Cette nouvelle extension (43 communes) conduit aujourd'hui la communauté d'agglomération du Grand Périgueux à avoir des caractéristiques géographiques et socio-démographiques nettement plus rurales mettant en avant des situations de précarité assez similaires à celles repérées dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville.

La part des foyers non imposables s'élève à 44 % sur l'ensemble de l'agglomération. A l'échelle du Grand Périgueux, les revenus les plus faibles sont situés dans la ville-centre et dans les communes rurales du sud de l'agglomération. A l'échelle infra-communale, les revenus les plus faibles sont situés dans la ville-centre, au sein des quartiers de la politique de la ville ainsi que dans certains centres-bourgs.

⇒ Le projet et les priorités politiques doivent aujourd'hui concilier une double préoccupation quartiers prioritaires/ruralité, dans une vision de complémentarité et non de concurrence.

⇒ Sur le territoire de la communauté d'agglomération, on recense environ **8 700 ménages avec des revenus en dessous du seuil de pauvreté** (environ 830 € par mois), soit plus de 18 % des ménages du territoire, en hausse régulière.

Globalement, le Grand Périgueux présente des indicateurs proches du niveau régional, aussi bien en terme de structure par âge de la population qu'en terme socio-économique : proportion de personnes âgées et de jeunes, de foyers fiscaux non imposables, taux de pauvreté, etc.

A noter toutefois, des situations familiales plus défavorables pour les enfants : ils vivent plus souvent dans des familles monoparentales et dans des situations économiques plus fragiles (absence d'activité professionnelle, bénéficiaires de l'allocation RSA).

Les indicateurs ci-après montrent une plus grande précarité au sein du Grand Périgueux comparativement aux 153 Etablissements de coopération intercommunale (EPCI) en Nouvelle Aquitaine avec une position très défavorable (en orange) au regard du **taux d'allocataires du RSA, du taux d'allocataires dépendants et du taux de familles monoparentales.**

	effectif	taux	position	moyenne régionale	minimum / maximum
28. Population active de 15-64 ans (et taux d'activité des 15-64 ans)	47 372	73,3	●	72,9	67,0 / 79,5
29. Rapport ouvriers / cadres		2,1	●	2,0	0,6 / 6,7
30. Emplois précaires (et part pour 100 emplois)	10 118	27,7	●	28,4	19,1 / 36,5
31. Personnes sorties du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 personnes sorties du système scolaire)	24 553	31,3	●	32,5	21,9 / 45,5
32. Chômeurs (et taux de chômage)	6 518	13,6	●	12,6	6,6 / 16,8
33. Foyers fiscaux non imposés (et part pour 100 foyers fiscaux)	34 417	56,6	●	57,3	37,9 / 72,4
34. Revenus nets imposables moyens	23 435		●	23 922	17 514 / 33 804
35. Allocataires du RSA (et taux pour 100 ménages)	4 140	8,6	●	7,6	3,5 / 11,1
36. Allocataires dépendants à 75 % ou plus des prestations sociales (et taux pour 100 allocataires)	3 673	22,9	●	21,1	8,0 / 28,4
37. Taux de dépendance économique des personnes âgées de plus de 65 ans (%) (65 ans ou plus / 15-64 ans)		33,8	●	34,4	19,7 / 71,1
38. Familles monoparentales avec enfants de moins de 25 ans (et part pour 100 familles avec enfants de moins de 25 ans)	3 640	26,9	●	23,2	10,7 / 29,5

Profil santé/ORS NA Février 2017/Conditions de vie

Les données concernant les jeunes du Grand Périgueux présentent aussi des disparités entre EPCI puisque les indicateurs caractérisant une situation défavorable (en jaune) concernent : **le bas niveau de diplôme, le taux de chômage plus élevé et le moindre accès aux pratiques sportives (taux de licences sportives délivrées inférieur à la moyenne régionale).**

	effectif	taux	position	moyenne régionale	minimum maximum
39. Jeunes de 6-16 ans non scolarisés (et part pour 100 jeunes de 6-16 ans)	184	1,4	●	1,4	0,2 / 3,3
40. 25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	1 657	15,4	●	13,8	7,3 / 24,8
41. 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (bac+2 ou plus) (et part pour 100 jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire)	3 944	36,6	●	39,6	21,7 / 53,2
42. Nombre d' apprentis de 15-24 ans (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	966	8,3	●	6,2	2,5 / 13,2
43. Jeunes de 15 à 24 ans non insérés (ni élèves, ni étudiants, ni stagiaires et qui n'ont pas d'emploi) (et part pour 100 jeunes de 15-24 ans)	2 081	17,8	●	16,6	11,3 / 29,6
44. Chômeurs de moins de 30 ans (et taux de chômage des moins de 30 ans)	2 469	23,9	●	23,0	14,7 / 31,1
45. Licences sportives délivrées à des femmes de 5 à 19 ans (et part pour 100 femmes de 5-19 ans)	3 739	43,5	●	48,2	31,7 / 79,7
46. Licences sportives délivrées à des hommes de 5 à 19 ans (et part pour 100 hommes de 5-19 ans)	6 464	70,2	●	77,5	50,6 / 114,4
47. Jeunes de moins de 25 ans en affections de longue durée (et prévalence ALD pour 100 000 jeunes de moins de 25 ans)	685	2 476,7	●	2 576,0	1 250,7 / 5 501,6

Profil santé/ORS NA Février 2017/Santé des jeunes

Finalement, c'est un territoire identifié comme particulièrement hétérogène qui réunit une population urbaine aux situations contrastées à Périgueux et ses alentours, avec des bassins ruraux plutôt favorables au Sud-Est et des communes rurales plus fragiles au Nord-Ouest et au Sud-Ouest du territoire.

L'état de santé des habitantes et des habitants : des fragilités à prendre en compte

Les diagnostics sur la santé des habitantes sont réalisés à plusieurs échelles : régionale, départementale, intercommunales et municipales. Toutefois, il n'existe pas à ce jour un diagnostic détaillé analysant le phénomène de production des inégalités de santé sur le territoire croisant l'ensemble des déterminants de la santé : habitat, accès à l'éducation,

conditions de travail, alimentation, etc. Globalement les chiffres caractérisent l'état de santé des périgourdins sont proches des moyennes régionales. Certaines données font ressortir des éléments de fragilités, notamment en matière de santé mentale.

La santé des habitantes et des habitants à l'échelle départementale

Le plan territorial de santé (plan santé Dordogne), déclinaison du projet régional de santé met l'accent sur les fragilités des Périgourdins.

- Un territoire étendu, rural avec une population vieillissante et peu mobile
- Une démographie médicale à renforcer (spécialistes et généralistes)
- Une couverture vaccinale insuffisante
- Une proportion importante d'enfants en surpoids
- Un taux de suicide important (**hommes = 40/100 000 et femmes=12/100 000**) soit **1 décès tous les 4 jours**
- Un taux d'hospitalisation pour suicide alarmant : 24,5/10 000 vs 14,1/10 000 (pour l'ex. Aquitaine) qui touche les femmes de 15-19 ans
- Un taux de grossesse non désirée important et un taux de recours à l'IVG élevé (taux hospitalier)
- 6 à 8000 personnes souffrent de troubles psychiques

Le besoin de coordination chez les acteurs de la santé identifiés dans le Plan Territorial de Santé

Une grande diversité d'acteurs intervient donc dans le champ de la promotion de la santé et de la prévention en Dordogne. Toutefois, selon le diagnostic territorial réalisé par l'ARS, on peut constater un manque d'articulation entre les dispositifs de soins curatifs/préventifs et une insuffisance de moyens dans la mise en œuvre et l'accompagnement.

La densité départementale des professions de santé est inférieure à celle de la région (87 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants), les médecins libéraux y sont plus âgés (35% ont 60 ans et plus contre 30% en Nouvelle Aquitaine) et en nombre insuffisant tant pour les généralistes que pour les spécialistes.

Le Grand Périgueux : un territoire hétérogène en matière de santé

En matière d'état de santé de la population, la situation du Grand Périgueux est très proche des valeurs régionales et nationales. La mortalité générale est globalement du même niveau chez les hommes et plus faible chez les femmes. Les taux de mortalité sont du même ordre concernant les tumeurs, les suicides ou les pathologies liées à l'alcool. Le territoire se distingue toutefois par une surmortalité masculine pour les maladies de l'appareil circulatoire et, au contraire, par une sous-mortalité des pathologies liées au tabac chez les hommes toujours. Par ailleurs, les informations disponibles relatives à la morbidité (taux de prévalence en affection de longue durée et taux d'hospitalisation) ne pointent pas en général une situation plus péjorative, bien au contraire, si ce n'est relativement à la **santé mentale avec une forte prévalence des Affections psychiatriques de longue durée** et un recours élevé aux médicaments psychotropes (environ 25 % de la population du Grand

Périgueux en 2016).

L'enquête conduite chez les élèves de 6^{ème} par les infirmières de santé scolaire révèle également des comportements vis-à-vis de la santé à améliorer : couverture vaccinale, surcharge pondérale mais aussi estime de soi et compétences psychosociales.

L'étude de l'offre de santé libérale fait apparaître une situation plutôt fragile concernant les médecins généralistes (85 pour 100 000 versus 99 dans l'ensemble de la région, 38 % ont 60 ans ou plus, les kinésithérapeutes, ou encore les pédiatres et les orthophonistes.

De plus, l'analyse du recours aux soins révèle des faiblesses sur le territoire :

- Seuls 82% des habitants ont consommé un soin en médecine générale en 2016 (vs 85% en NA),
- Une déclaration d'un médecin traitant plus faible qu'ailleurs chez les jeunes.

Toutefois, le dynamisme du territoire et la présence de 3 établissements de santé proposant une offre hospitalière en médecine, chirurgie et obstétrique devraient contribuer à rendre attractif le territoire pour de jeunes professionnels et pourraient constituer une première réponse à ce besoin.

4. La gouvernance du Contrat local de santé

L'articulation du contrat avec les autres documents stratégiques

Outil au service de la lisibilité des politiques menées sur le territoire, le Contrat local de santé a vocation à s'articuler et à prendre en compte les documents stratégiques mentionnés ci-après ainsi que ceux qui pourraient être élaborés pendant la durée d'exécution du présent contrat.

Les membres des instances de pilotage décrites ci-dessous ont pour mission, lorsque cela est possible, de jouer le rôle de relais d'information au sein des dispositifs présentés ci-dessous.

Dispositifs	Echelle territoriale
Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté	Nationale
Stratégie nationale santé sexuelle	Nationale
Projet régional de santé (PRS) 2018-2028	Région Nouvelle Aquitaine
Programme régional pour l'accès aux soins des plus démunis	Région Nouvelle Aquitaine
Plan Régional Santé Environnement Nouvelle-Aquitaine 2017-2021	Région Nouvelle Aquitaine
Schémas départementaux d'accès aux soins de proximité, en faveur des personnes âgées, des personnes handicapées, de l'enfance et de la famille	Département
Plan départemental d'insertion	Département
Projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire	Département
Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes en difficulté	Département
Contrat d'intégration des réfugiés	Département
Groupement de coopération sanitaire en santé mentale	Département
Plateforme territoriale d'appui	Département
Projet territorial en santé mentale	Département
Projet Alimentaire Territorial	Pays de l'Isle en Périgord
Programme local de l'habitat durable	Grand Périgueux
Plan Climat Air Energie territorial	Grand Périgueux
Contrat de ville et programme de renouvellement urbain de Chamiers	Grand Périgueux
....	

Les instances de pilotage

Le pilotage stratégique

Le Comité de pilotage (COPIL), instance décisionnelle du CLS, est composé exclusivement des signataires et chargé de formuler les orientations stratégiques du contrat. Il est également en charge, à travers chacun de ses membres, de l'articulation avec les grands cadres spécifiques à chacun des signataires (Projet Régional de Santé, Projets territoriaux de santé, schémas départementaux...). De par sa composition, il a une capacité d'interpellation des institutions.

Ses missions sont les suivantes :

- Déterminer les grandes orientations du CLS et s'assurer de leur mise en œuvre ;
- Veiller au respect des politiques de chacun des signataires dans la mise en œuvre du CLS ;
- Mandater les membres du groupe technique pour la mise en œuvre des objectifs et le pilotage opérationnel ;

- Garantir le suivi et l'évaluation du CLS ;
- Réorienter les actions en fonction de l'atteinte des résultats ;
- Décider des moyens de communication à mettre en œuvre pour relayer le CLS ;
- Etudier les demandes d'adhésion au CLS.

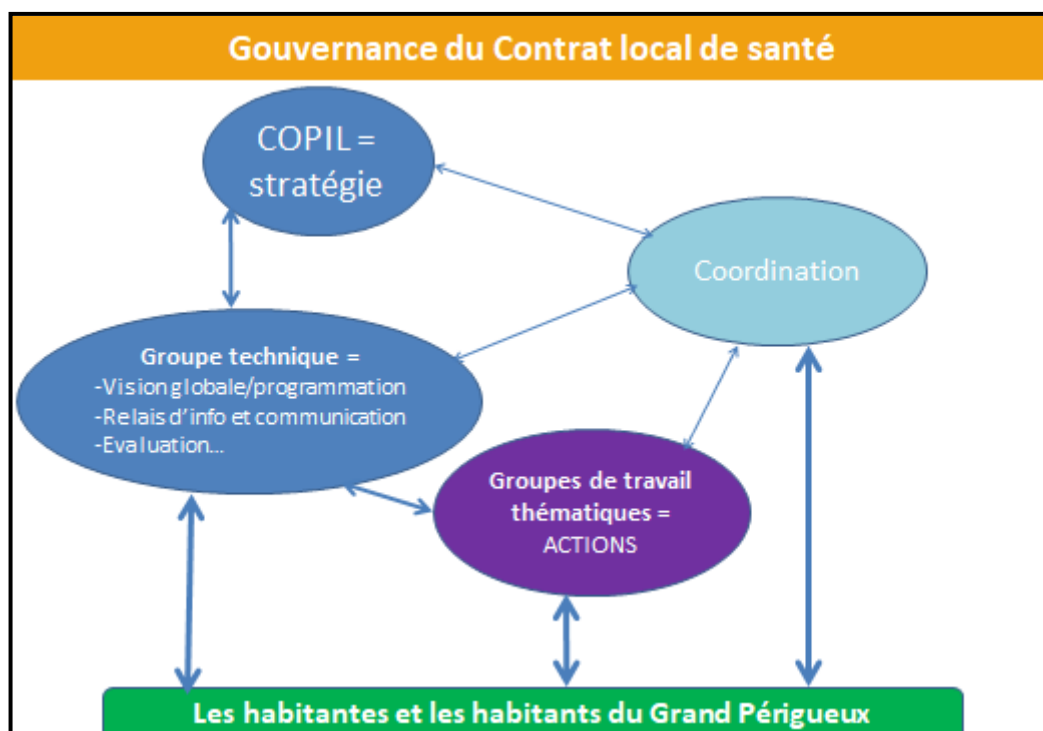
Le comité de pilotage du CLS est coprésidé par le directeur général de l'Agence régionale de santé ou son représentant et par le Président de la communauté d'agglomération du Grand Périgueux ou son représentant.

Au sein du COPIL, les habitants et les habitants de la communauté d'agglomération sont représentés par leurs élus/élus et par deux représentants du Conseil de développement du Grand Périgueux (un pour les communes urbaines et périurbaines et un pour les communes rurales).

Sont membres du COPIL, **les présidentes, présidents, directeurs et directrices (ou leurs représentants) de/du :**

Grand Périgueux
L'ARS Nouvelle Aquitaine
La Préfecture de la Dordogne
Le Département
La DSDEN
Les Centres Hospitaliers de Périgueux et de Vauclaire
La polyclinique Francheville
La CARSAT
La MSA
La CAF
La CPAM
La Mutualité française
Le Service inter entreprise de santé au travail

Il est réuni à l'initiative du porteur du CLS ou des signataires au moins une fois par an.



Le pilotage technique

Le Groupe technique traduit de manière opérationnelle la stratégie impulsé par le comité de pilotage. Il s'agit d'une instance de réflexion méthodologique. Il soutient les propositions des groupes de travail thématiques en apportant une aide à la mise en œuvre, au suivi technique et à l'évaluation en veillant à la cohérence entre les différentes démarches territoriales de santé. Il permet aussi de donner une vision d'ensemble de la démarche et de son avancement aux structures impliquées au niveau opérationnel sur une ou plusieurs thématiques du CLS.

Il est composé de représentants des signataires et des membres des groupes de travail thématiques. Il doit être réuni au moins une fois par semestre et en amont des réunions du comité de pilotage. Il est co-animé par la coordination et le référent CLS de l'ARS.

Ses missions sont les suivantes :

- Composer les groupes de travail thématiques ;
- Définir le calendrier annuel des actions du CLS ;
- Valider les fiches-action en cohérence avec la globalité du CLS (par voie électronique pour plus de réactivité) ;
- S'assurer de la cohérence des projets avec les politiques de chaque institution/structure ;
- Préparer le comité de pilotage (planification et bilan des actions) ;
- Alerter le COPIL sur des problématiques de santé détectées ;
- Evaluer les actions du CLS ;
- Valoriser les projets auprès des structures partenaires et de la population.

Les groupes de travail thématiques

Ils constituent la structure de base de la production des actions du CLS. Organisés autour d'axes thématiques décrits dans la 5^{ème} partie (page 20). Ils portent sur l'élaboration et la mise en œuvre concrète des actions ainsi que sur l'identification de nouveaux besoins émergents. Le cas échéant l'ARS pourra détacher des référents-experts sur les thématiques traitées par les groupes de travail.

Ils sont composés d'acteurs locaux positionnés sur des niveaux opérationnels. Pour faciliter le travail au sein des groupes et promouvoir une démarche intersectorielle, un système de « co-pilotage » des actions sera privilégié.

Ses missions sont les suivantes :

- Proposer des actions en cohérences avec les priorités du territoire ;
- Réaliser la fiche-action avant la réalisation de l'action décrite avec l'appui méthodologique de l'IREPS ;
- Contribuer à la réalisation des actions et mobiliser les moyens adéquats (appels à projet, logistique, ressources humaines, etc.) ;
- Assurer le lien avec les membres du Groupe Technique par le biais des référents de la fiche-action (pilote et co-pilote) ;
- Evaluer l'action et proposer des perspectives.

La coordination

La coordination du CLS est une fonction essentielle dans la conduite de la démarche. Le coordinateur/trice CLS a en charge l'animation territoriale de la démarche projet et la mobilisation des acteurs afin d'assurer la transversalité et l'intersectorialité des actions et

des projets. Cela suppose une très bonne connaissance des secteurs sanitaire, social, médico-social ainsi que des autres secteurs pouvant impacter la santé des populations.

Basée au sein de la communauté d'agglomération du Grand Périgueux, la mission de coordination santé inclut la coordination et l'animation du Contrat local de santé et de l'Atelier santé ville dans le cadre du contrat de ville.

Ses missions sont les suivantes :

- Coordonner la mise en œuvre des orientations stratégiques de santé publique sur le territoire de l'agglomération avec les partenaires concernés dans une approche intersectorielle et concertée ;
- Faciliter le travail en réseau entre les différents partenaires (professionnels de santé, porteurs de projet, etc.) ainsi que la participation de la population ;
- Mettre en œuvre la gouvernance et les outils de pilotage et de suivi : animer et coordonner le CLS en lien avec le référent CLS de l'ARS ;
- Coordonner l'évaluation globale du CLS ;
- Assurer le secrétariat des instances.

L'animation du partenariat, le suivi et l'évaluation du contrat

La définition et l'élaboration des actions

Une programmation annuelle prévisionnelle des actions du CLS est soumise à la validation du comité de pilotage. Cette programmation prendra soin de respecter l'équilibre des axes, les types d'actions (événements grand public, formation pour les professionnels ou projets structurants, etc.) et les territoires de mise en œuvre.

Les actions proposées sont issues de la réflexion et des propositions des acteurs présents dans les groupes de travail réunis par thématique. La composition des groupes veillera à assurer la transversalité des structures participantes. Une fois les contours de l'action définis, les co-pilotes sont chargés de formaliser leur projet dans une fiche-action (modèle en annexe). La fiche-action précise notamment les indicateurs de résultats attendus, les modalités de mise en œuvre de l'action, le calendrier, les publics ciblés et un plan de communication, etc. Si le Contrat local de santé ne dispose pas d'un budget dédié à la réalisation d'actions, l'inscription dans le CLS permet quant à elle d'accéder à des sources de financement.

La fiche-action, feuille de route partenariale, est ensuite soumise au groupe technique pour sa validation.

Les actions proposées doivent répondre aux critères suivants :

- Avoir un impact sur la réduction des inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé ;
- Répondre aux besoins du territoire ;
- Etre portées par un ou plusieurs pilotes ;
- Mobiliser les partenaires du Contrat local de santé ;
- Etre innovantes et porteuses d'expérimentations ;
- Etre économiquement faisables ;
- Etre cohérentes avec les documents stratégiques et les politiques menées sur le territoire.

La participation des acteurs et des habitants

En plus des instances de gouvernance décrites précédemment, des rencontres favorisant les échanges entre acteurs du territoire, professionnels et bénévoles, élues, élus, habitantes et habitants seront organisées dans le cadre de **l'Atelier santé ville**.

Le réseau des acteurs de l'Atelier santé ville continue son développement et compte aujourd'hui **420** membres (bénévoles, professionnelles/professionnels et habitants/habitanes) pour **157 structures différentes** (santé publique, insertion, sport, éducation populaire, culture, etc.). Des rencontres thématiques seront organisées deux fois par an.

L'Atelier santé ville est un « lieu » d'échanges et d'information qui contribue, d'autre part, à l'émergence de projets dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville.

Enfin, l'articulation entre le Contrat local de santé et le Contrat de ville permise par l'Atelier santé ville rend lisible les actions visant la promotion de la santé au sein du Contrat de ville et pour ses partenaires.

De la même façon, **la création de conseils citoyens** dans les quartiers prioritaires depuis la réforme de la politique de la ville (loi Lamy du 21 février 2014) permet aux acteurs locaux d'échanger directement avec les habitantes et les habitants des quartiers. Il existe 2 conseils citoyens à Périgueux et à Coulounieix-Chamiers.

Afin d'améliorer la communication autour des projets et des actions réalisés dans le cadre du CLS, un temps d'échange dédié à la santé sera organisé tous les 2 ans. A destination de tous, cette journée sera l'occasion de communiquer et partager une vision commune sur les enjeux de santé publique du territoire.

L'évaluation du Contrat local de santé

L'évaluation continue

Chaque action fait l'objet d'un bilan réalisé par les pilotes. Le bilan est présenté aux membres du groupe de travail, une fois l'action réalisée et constitue une base de discussion afin d'améliorer les actions à venir.

Un rapport d'activité annuel du CLS est soumis aux membres du COPIL et aux partenaires financiers du CLS. Il retrace les actions réalisées durant l'année écoulée et présente les actions projetées.

L'évaluation finale du processus global du CLS compte six points :

- Le niveau d'engagement des signataires ;
- La réalisation d'un diagnostic partagé et évolutif (**intégrant une analyse approfondie des inégalités sociales territoriales et environnementales de santé**);
- La capacité à identifier les problématiques du territoire ;
- Le fonctionnement des instances de gouvernance (pilotage et animation) ;
- La communication régulière sur les actions du CLS en direction des acteurs et des citoyens ;
- La planification opérationnelle des actions du CLS.

Ce temps évaluation est planifié lors de la dernière année de réalisation du contrat (2022-2023). La méthode et le calendrier d'exécution seront proposés par le groupe technique au COPIL (interne, externe, mixte...).

Les axes prioritaires (2019-2023)

Suite au travail de diagnostic et d'évaluation du CLS du Grand Périgueux de 1^{ère} génération (2016-2019), le groupe technique a défini de façon collective les actions à mettre en œuvre dans ce nouveau contrat. Les partenaires n'ayant pas pu participer à la démarche collective ont été sollicités individuellement.

a/ Prévention et promotion de la santé

Les enjeux

- ⇒ Selon une étude menée par la CPAM en Dordogne², 22 % des personnes interrogées déclarent renoncer aux soins. Le non-recours ou le renoncement aux soins sont renforcés par la difficulté d'accès aux droits et aux démarches à distance (dématérialisation, illélectronisme...).
- ⇒ Les travaux relatifs à la santé des personnes en situation de précarité exposent un double constat : celui d'un non-recours aux soins plus important (avec un gradient qui s'accroît avec la précarité), et corrélativement celui de la détérioration de l'état de santé au fur et à mesure que la précarité s'installe.

Objectif 1/Lutter contre le non-recours et le renoncement aux soins

- Informer les professionnels (tous secteurs confondus) sur les démarches permettant l'ouverture de droits santé notamment les démarches en ligne ;
- Promouvoir auprès des acteurs du territoire (tous secteurs confondus) les détections et signalements de non-recours auprès de la Plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS) ;
- Promouvoir les pratiques professionnelles innovantes : médiation en santé, pair-aidance, interprétariat médico-social, éducation thérapeutique du patient, services mobiles, numérique, etc.
- Lutter contre les discriminations en lien avec les conseils de l'ordre des médecins et des dentistes.

Objectif 2/Favoriser la coordination des professionnels, des acteurs de santé et contribuer à promouvoir l'attractivité du territoire pour prévenir les effets de la désertification médicale

En coordination avec les acteurs du territoire et en lien avec le schéma départemental d'accès aux soins de proximité :

- Développer une politique d'accueil coordonnée des étudiants internes en médecine avec la Communauté d'agglomération bergeracoise ;
- Coordonner avec les universités et favoriser le développement d'une filière santé autour de la Première Année Commune des Etudes de Santé ou Portail santé ;
- Susciter la création de Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dans l'objectif de faciliter la prise en charge des soins non programmés et réduire le recours aux services des urgences hospitalières ;
- Favoriser l'expérimentation de la télémédecine et des consultations avancées au sein de la Maison de santé pluri disciplinaire de Vergt ;
- Soutenir les projets des communes visant l'installation de professionnels de santé (maison de santé, centre de santé, salariat...).

Objectif 3/Promouvoir et partager les approches innovantes en prévention et promotion de la santé autour des priorités de santé publique identifiées par le diagnostic et les acteurs du territoire

- Promouvoir la santé sexuelle et affective des enfants et des jeunes ;
- Lutter contre l'obésité précoce des enfants et des adolescents ;

- Promouvoir les dispositifs du « sport sur ordonnance » et du « sport-santé » ;
- Promouvoir l'Entretien Périnatal Précoce auprès des parents en situation de précarité ;
- Favoriser les échanges autour de la vaccination ;
- Promouvoir la santé des aidantes et des aidants.

b/ Santé mentale : favoriser le bien-être psychique de la population

Les enjeux : Un diagnostic alarmant

⇒ *En Nouvelle Aquitaine, 2,8 % de la population souffre d'affections psychiatriques et le taux standardisé des jeunes périgourdins de moins de 20 ans admis en Affection Longue Durée entre 2010 et 2014 est significativement plus élevé que la moyenne nationale dont un tiers âgé de moins de 10 ans (707,0 vs 776,7 pour 100 000) ;*

⇒ *Des taux d'expérimentation et de consommation d'alcool, tabac et cannabis des jeunes de 17 ans (Enquête ESCAPAD en Nouvelle Aquitaine en 2014) supérieurs à la moyenne nationale : Tabagisme quotidien : 36 % vs 32 %, expérimentation du cannabis : 52 % vs 48 % ou consommation de 5 verres d'alcool ou plus en une même occasion au cours du mois précédant l'enquête (API = alcoolisation ponctuelle importante) : 54 % vs 49 %.*

Objectif 1/ Améliorer l'information, lutter contre la stigmatisation et favoriser l'inclusion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques

- Relayer les Semaines d'information en Santé Mentale (SISM) et les autres temps forts nationaux avec le Groupement de Coopération Sanitaire en Santé Mentale ;
- Communiquer sur les dispositifs innovants et ludiques de promotion de la santé mentale : application stopblues, *escape game*, *serious game*... ;
- Favoriser l'émergence de projets liés au Logement/Habitat inclusif : promotion des maisons-relais ou maisons communautaires, logement accompagné avec les bailleurs sociaux.

Objectifs 2/Promouvoir la formation en santé mentale des professionnels et des bénévoles et favoriser l'échange de pratiques professionnelles

- Promouvoir la formation « 1^{ers} secours en santé mentale » ;
- Repérage des troubles et orientation dès la petite enfance/enfance et pour les personnes âgées, les migrants, les personnes privées de liberté etc. (sensibilisations et formations des professionnels/bénévoles) ;
- Diffuser les formations sur la prévention de la crise suicidaire ;
- Mener des actions de coordination entre les acteurs du soin et de l'accompagnement social et médico-social ;
- Promouvoir l'émergence d'un Conseil Local de Santé Mentale (en lien avec le Projet territorial de santé mentale et le Groupement de Coopération Sanitaire en Santé Mentale).

Objectif 3/Promouvoir la prévention en santé mentale pour les publics spécifiques

- Prévenir la souffrance psychique et les addictions chez les femmes enceintes ;
- Prévenir la souffrance psychique et les addictions : tabac alcool, autres drogues, addictions sans produit (écrans, jeux...) chez les jeunes notamment par le développement de compétences psychosociales.

c/ Santé environnementale : promouvoir un cadre de vie favorable à la santé

Les enjeux :

- ⇒ L'ampleur du phénomène est considérable car il concerne un grand nombre des déterminants de la santé et touche l'ensemble de la population : maladies comme bronchite chronique, asthme, cancer, accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, ou encore infertilité. De nombreuses études s'intéressent aux risques sanitaires liées à l'utilisation de produits d'usage courant (produits d'entretien, cosmétiques, accessoires en plastique...). **Les femmes enceintes et les jeunes enfants seraient un public particulièrement vulnérable à ces substances.**
- ⇒ Un coût important porté par la collectivité : Une commission d'enquête sénatoriale "sur le coût économique et financier de la pollution de l'air" a rendu en juillet 2015 un rapport estimant que la pollution de l'air en France coûtait chaque année 101,3 milliards d'euros. C'est deux fois plus que le tabac (47 milliards d'euros).

Objectif 1/ Promouvoir l'habitat comme un déterminant essentiel de la Santé

- Sensibiliser les professionnels de santé et de l'aide à domicile (médecins, infirmières libérales, aides-soignantes, auxiliaires de vie...) sur le repérage des logements en précarité énergétique, indignes et indécents et l'orientation vers les programmes de rénovation et d'adaptation de l'habitat (vieillesse/handicap) ;
- Accompagner les habitants : compétences et mise à disposition d'outils pour rénover et/ou adapter leurs logements (outilthèque, etc.) ;
- Expérimenter l'intervention d'une Conseillère médicale en environnement intérieur dans le cadre du programme de rénovation de l'habitat Amélia 2 ;
- Promouvoir l'usage de matériaux sains et durables pour les professionnels du bâtiment :
 - o Formation sensibilisation des artisans/matériaux sains via les fédérations, syndicats professionnels,
 - o Etude de faisabilité/Recherche autour d'une plateforme d'achats groupés,
- Sensibiliser les acteurs aux notions d'urbanisme favorable à la santé.

Objectif 2/Réduire l'exposition des femmes enceintes et des jeunes enfants aux substances toxiques

- Former les professionnels et les bénévoles sur la Santé environnementale, Ma Maison Ma Santé, les Couches lavables, l'opération 1 livre = 1 bébé, etc. ;
- Valoriser et capitaliser les bonnes pratiques du territoire (formations de formateurs, référents, éco-agents, etc.) ;
- Développer les compétences des habitants et en particulier les plus précaires en santé environnementale (Ateliers ménage sain et écologique, composteurs collectifs en pied d'immeuble et ateliers avec le SMD3, etc.).

Objectif 3/ Favoriser l'accès à une alimentation saine, durable et lutter contre le gaspillage alimentaire

En lien avec le projet alimentaire territorial (PAT) :

- Formation et mise en réseau de professionnels (cantines scolaires en milieu rural, crèches...) ;
- Développer/renforcer les compétences des habitants pour « mieux consommer, mieux acheter » et « transformer les aliments » ;
- Communiquer sur les plateformes de distribution et d'achat de produits alimentaires sains et locaux ;
- Travailler avec les supermarchés discount et les consommateurs sur un étiquetage favorable à santé.

d/ Informer, communiquer et évaluer les actions du CLS

Les enjeux :

- ⇒ *La multiplicité et la superposition des dispositifs publics et privés favorisant la réduction des inégalités de santé diminue leur efficacité et contrevient à leur mission initiale.*
- ⇒ *Le besoin de simplification et d'interlocuteur identifié et unique est exprimé par l'ensemble des acteurs professionnels et bénévoles et par les habitants.*

Objectif 1/Rendre visible auprès des professionnels et des habitants les dispositifs favorisant l'accès aux soins, à la prévention et à la coordination des parcours

- Faire connaître la Plateforme territoriale d'appui (PTA), la Plateforme d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS), la Plateforme de pair-aidance en santé mentale et les autres initiatives concourant à l'émergence de « guichet unique » ;
- Actualiser et diffuser le Guide pratique santé ;
- Diffuser les annuaires, cartographies, guides pratiques et ressources : seniors et prévention, parentalité, violences faites aux femmes, etc.
- Relayer les dispositifs légaux d'accès aux droits notamment en matière de santé sexuelle.

Objectif 2/Promouvoir une information transversale et une communication accessible

- Organiser tous les 2 ans une rencontre dédiée aux actions et projets mis en œuvre dans le cadre du CLS en y associant notamment le Conseil Territorial de Santé et la Conférence Régionale Santé Autonomie ;
- Intégrer dans les supports de communication, la méthode européenne : « Facile à lire et à comprendre » ;
- Animer le réseau des acteurs de l'Atelier santé ville : Newsletter hebdomadaire et rencontres thématiques ;
- Communiquer de manière ciblée vers les communes membres de la communauté d'agglomération (via notamment les secrétaires de mairie) ;
- Relayer via les réseaux des partenaires du CLS les informations sur les actions menées ;
- Systématiser un plan de communication dans chaque action réalisée (intégré dans la fiche-action).

Objectif 3/ Promouvoir des projets innovants et participatifs pour insérer la promotion de la santé dans tous les domaines

- Conduire des EIS (évaluations des impacts en santé) comme outil favorisant la participation des habitants et la promotion de la santé ;
- Favoriser l'émergence de projets Culture et santé et d'autres thématiques en lien avec la promotion de la santé et du bien-être ;
- Promouvoir une politique d'achat public saine et durable auprès des commanditaires et des entreprises.

Objectif 4/Mesurer l'impact du partenariat sur l'émergence de projets concertés

- Inclure un socle commun d'indicateurs dans chaque fiche-action ;
- Valoriser et capitaliser les actions qui reposent sur un grand nombre d'acteurs ;
- Mesurer et valoriser pour chaque action l'engagement humain des partenaires impliqués (en ETP).

5. Les engagements des parties signataires

Le présent contrat est conclu pour une durée de 4 ans entre :

- **L'Agence Régionale de Santé de Nouvelle Aquitaine**
- **La Communauté d'agglomération le Grand Périgueux**
- **La Préfecture de la Dordogne**
- **Le Conseil départemental de la Dordogne**
- **La Direction des services départementaux de l'Education Nationale de la Dordogne**
- **La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Dordogne**
- **La Caisse d'Assurance Retraite et Santé au Travail**
- **La Mutualité Sociale Agricole**
- **La Caisse d'Allocation Familiale**
- **Le Centre Hospitalier de Périgueux**
- **La Mutualité française**
- **La Polyclinique Francheville**
- **Le Service inter entreprise de santé au travail**
- **Le Centre hospitalier Vauclaire**

Il s'applique sur l'ensemble du territoire de la communauté d'agglomération.

Chaque structure a rempli un tableau récapitulatif de ses engagements afin de montrer la plus-value que chaque structure voyait dans ce contrat.

Le comité de pilotage étudiera toute nouvelle demande d'adhésion exprimée pendant la durée d'exécution du contrat.

	Les plus-values d'un CLS	La contribution des structures au CLS	Fonction - Signature
	Une meilleure connaissance des besoins locaux. Une réponse adaptée au plus près des besoins des publics. La possibilité de mettre en place des partenariats formalisés et efficaces favorisant la santé publique et la participation des usagers du système de santé. La prise en compte de la santé environnementale au sein du territoire. L'implication dynamique de tous les acteurs.	La connaissance de l'évolution de l'offre de soins et de santé. L'implication des structures sanitaires, médico-sociales et de prévention. Un levier dans la mise en place des actions concrètes au regard des objectifs de l'ARS Aquitaine. L'ARS s'engage à financer dès 2015 un animateur de santé publique à temps plein au sein du Centre hospitalier de Périgueux. L'ARS participe pour la durée du contrat (4 ans) au financement du poste de coordinateur « santé » du Grand Périgueux à hauteur de 15 000 € annuel.	Le directeur général, Michel LAFORCADE
	La poursuite et le renforcement de partenariats favorisant l'offre et les actions de santé et de soins au plus près des besoins des publics, et adaptés à la configuration du territoire de l'agglomération du Grand Périgueux. La prise en compte des problématiques santé dans les quartiers inscrits au titre de la Politique de la Ville.	Une dynamique partenariale autour du réseau des acteurs sociaux et médicaux de l'Atelier santé ville. Une veille continue pour favoriser la réduction des inégalités sociales de santé auprès des publics en précarité vivant dans les quartiers inscrits en Politique de la Ville et en zone rurale. Une prise en compte transversale de la santé dans les compétences exercées par le Grand Périgueux. Le co-financement du coordination « santé et lutte contre les discriminations » pour la durée du contrat.	Le président, Jacques AUZOU
	Comprendre les enjeux locaux de santé publique pour mieux cibler les actions de l'Etat sur le Grand Périgueux en cohérence avec les actions des partenaires.	La déclinaison des interventions de l'Etat sur le Grand Périgueux pour répondre aux besoins des habitants et du territoire et améliorer les déterminants de santé. L'apport de données régulières dans les domaines relevant de l'Etat (éducation, logement, jeunesse, publics vulnérables...) permettant d'évaluer et de suivre le contrat. La participation au financement du poste de coordination « santé et lutte contre les discriminations » à hauteur de	Le préfet, Frédéric PERISSAT

		10 000 €/an pour 3 ans.	
	La coordination et la connaissance des différents acteurs territoriaux. La possibilité de territorialiser les politiques départementales.	La connaissance fine des problématiques spécifiques et des publics relevant des champs d'intervention du Conseil départemental. La mise en complémentarité des dispositifs pour assurer une prise en charge pluridisciplinaire (sociale, médicale, sanitaire et éducative). La participation au financement du poste de coordination « santé et lutte contre les discriminations ».	Le président, Germinal PEIRO
	Inscription de la politique éducative de santé de l'éducation nationale dans le territoire. Implication des personnels de santé de l'Education Nationale dans la prise en charge des élèves : dépistage, orientation et promotion de la santé.	Diffusion du bilan d'activité des personnels de santé Diffusion des projets santé – citoyenneté des écoles et établissements scolaires. Articulation des axes de promotion de la santé retenus dans le CLS avec ceux des projets d'écoles et d'établissements scolaires (collèges, lycées, LP). Renforcement du lien école – famille – acteurs locaux. Présence du personnel infirmier dans tous les établissements publics locaux d'enseignement. Quand l'infirmier-ière est affectée à un collège, elle est également le référent santé des écoles du secteur. Expertise médicale des médecins de l'Education nationale dans la santé de l'enfant et de l'adolescent dans l'école inclusive, en particulier auprès des élèves à besoins particuliers" A la DSDEN : Deux conseillers techniques santé (médecin, infirmière). Poste infirmier chargé du dossier premiers secours et éducation à la santé.	L'inspecteur d'académie, Directeur des services départementaux de l'Education Nationale de la Dordogne, Jacques CAILLAUT
	Promouvoir l'identité professionnelle du service social, de son réseau de proximité, de ses champs d'activité comme de ses offres de services. Favoriser la construction de nouveaux	Contribuer à la détection des situations de renoncement aux soins pour faciliter l'accès aux dispositifs, Détecter et lever les freins sociaux, culturels et psycho sociaux pour permettre l'accès aux soins, Sensibiliser les partenaires à l'offre du service social pour	Le directeur, Pascal EMILE

	partenariats et améliorer la coordination des actions prévention proposées sur le territoire du Grand Périgueux. Permettre un repérage plus précoce du public ciblé.	favoriser l'accès aux soins des publics fragiles,	
	Une meilleure connaissance des enjeux locaux. La possibilité de mettre en place des partenariats. L'implication des professionnels de santé dans la prise en charge des assurés sociaux dans leur bassin de vie.	La connaissance de l'évolution de l'offre de soins. Des données concernant la demande en soins. Des informations sur les actions de prévention menées par la CPAM. Une expertise sur l'accompagnement des professionnels de santé.	La directrice, Catherine PETRASZKO
	Une coordination des actions de chacun pour plus de cohérence La connaissance des actions mises en œuvre sur le territoire pour une meilleure information au public. Création de nouveaux liens partenariaux.	Un recensement des besoins sociaux. Une collaboration dans un travail pluridisciplinaire à la mise en place d'actions partagées.	Le Président, Michel BEYLOT
	Prendre en compte les besoins de santé du monde agricole et du milieu rural. S'inscrire dans un partenariat.	Une implication dans la réflexion collective et dans la construction d'actions de façon concertée.	Le président Jean-François FRUTERRO

	S'inscrire dans une politique globale de santé au niveau local Prendre en compte les besoins de santé de la population au niveau local Développer de nouveaux partenariats.	Soutien dans le cadre de la mise en place d'actions de prévention et d'éducation à la santé. Expertise dans la mise en place d'actions relevant des missions des établissements de santé. Le Centre Hospitalier de Périgueux a recruté, sur la base de la dotation versée à cet effet par l'ARS, une animatrice de santé publique. Son rôle est d'assurer le développement des actions de santé publique, de prévention et de promotion de la santé au sein du Centre Hospitalier mais aussi hors les murs. Ces actions doivent contribuer à la mise en œuvre du CLS.	Le directeur Thierry LEFEBVRE
	Connaissance des besoins attendus par la population sur le territoire. Participer au développement d'actions coordonnées recherchant la synergie des acteurs.	Développer des actions de prévention, de promotion de la santé sur le territoire. Développer des services accès aux soins en réponse aux besoins de la population. Déployer son expertise de gestion de centre de santé et de structures médico-sociale de proximité.	Le président Jean-Philippe LAVAL
	Identification des déterminants de santé de la population locale. Une meilleure connaissance des actions mises en œuvre sur le territoire Développer de nouveaux partenariats	Développer des actions de prévention et d'évaluation à la santé. Apport de l'expertise médicale d'un établissement de santé. La connaissance de l'évolution de l'offre de soins.	Le directeur Pierre MALTERRE
	Le CLS permet de décroisonner santé publique, santé environnementale et santé au travail par une approche populationnelle et territoriale. Dans ce cadre synergique d'acteurs de santé, le SIST renforce l'efficacité de ses actions auprès de la population active.	Le SIST contribue à l'atteinte des objectifs du CLS en participant à la promotion de la santé mentale en prévenant les facteurs de risques psychosociaux auprès des salariés des entreprises situées sur le secteur de l'agglomération du Grand Périgueux.	Le président Philippe FRANCOIS

	Participer à la dynamique locale de la politique de santé du Grand Périgueux. Créer des partenariats autour de la prévention, de la promotion et de la destigmatisation en santé et en particulier en santé mentale. Avoir une approche territoriale permettant de prendre en compte les facteurs déterminants sur la santé de la population propre au tissu local, et de s'adapter tant aux besoins de la population qu'aux attentes des partenaires locaux.	Apporter son expertise en santé mentale et dans l'accompagnement de personnes souffrant de troubles psychiques dans la vie sociale, pour tous les âges de la vie. Proposer l'action créée par le collectif Santé mentale et sa caravane des folies ordinaires. Poursuivre la mise en place de formations « Le repérage et la gestion des troubles psychiatriques de la personne âgée ou handicapée », avec le Groupement de Coopération Sanitaire en Santé Mentale, auprès des professionnels à domicile. Participer à des actions communes sur le territoire du Grand périgieux autour de l'axe Santé Mentale : favoriser le bien être psychique de la population.	La directrice Sylvaine CELERIER
---	--	---	--

Annexe : Modèle de fiche-action

AXE PRIORITAIRE ET OBJECTIF DU CLS :	
NOM DE L'ACTION :	
PILOTE(S) DE L'ACTION : Structures/Personnes référentes	
DATE ET LIEU DE REALISATION DE L'ACTION :	Date et durée : Lieu :
JUSTIFICATION DE L'ACTION	
Diagnostic/problématique à résoudre :	
Dispose-t-on de données suffisantes concernant les inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé relatives à cette problématique ?	Oui ☐ Non ☐ Partiellement ☐
Territoire visé par l'action : Grand Périgueux, Quartiers prioritaires, etc.	
PUBLIC VISÉ : L'action cible-t-elle le public concerné par les inégalités sociales, environnementales et territoriales repérées dans le diagnostic ?	Oui ☐ Non ☐
Description du public selon âges, territoires, sexes, pratiques, situations sociales, communautés, corporations...	
DESCRIPTION DE L'ACTION	
Type d'action (information, communication sensibilisation, formation, projet, expérimentation, étude...)	
Activités et calendrier détaillé	Etape 1 (période)/ Etape 2 (période): etc.

Budget/recherche de financements	
Communication	Public : Calendrier :
DETERMINANTS DE LA SANTE VISES DANS L'ACTION	
Conditions socio-économiques	Niveau de revenu ☐ Niveau d'éducation ☐
Conditions de vie	Conditions de travail ☐ Environnement physique (air, sol, eau, logement, transport et aménagement du territoire) ☐ Accès aux ressources hors service de santé (logement, emploi, services sociaux et éducatif, alimentation, loisir, etc.) ☐
Environnement social	Intégration sociale ☐ Normes et climat social ☐ Empowerment de la communauté (participation des habitants, organisation de la communauté) ☐
Mode de vie	Acquisition de comportements favorable à la santé (consommation d'alcool, tabac, addictions, alimentation, exercice physique, autres.) ☐ Utilisation des services de santé (recours au soin et à la prévention) ☐
Système de soins	Accessibilité (géographique, administrative, financière, socio-culturelle, organisationnelle) ☐ Globalité (synergie des composantes, offre de prévention, prise en compte des conditions sociales) ☐ Réactivité (respect des attentes des patients, satisfaction des patients) ☐ Continuité (informationnelle, relationnelle, clinique) ☐ Efficacité et sécurité ☐
Contexte économique et politique	Augmentation des richesses locales ☐ Adaptation aux besoins des populations ☐ Prise en compte des déterminants de santé dans les politiques ☐
TYPLOGIE DES INTERVENTIONS MISES EN PLACE	
Renforcement des capacités individuelles	Information sur la santé ☐ Education à la santé ☐ Formation ☐
Renforcement des capacités de communautés	Mobilisation des membres de la communauté pour un engagement envers la santé ☐ Formation ☐ Appui à l'organisation de la communauté ☐

Amélioration des conditions de vie et de travail	Réhabilitation des lieux de vie et de travail ☐ Fourniture de biens matériels ☐ Accès privilégié aux services ☐ Mise en place de nouveaux services ☐
Réorientation des services de santé	Rapprochement et adaptation et services aux populations ☐ Intégration des soins et coordination des équipes ☐ Renforcement de l'offre de prévention ☐ Renforcement des capacités des professionnels et des services de santé ☐
Développement stratégique	Développement et renforcement de partenariats intersectoriels ☐ Amélioration des connaissances ☐ Planification et mesures politiques ☐

PARTENAIRES DE L'ACTION		
Secteurs mobilisés	Acteurs mobilisés (structures, services)	Type de participation (analyse des besoins, organisation, gestion de l'action, pilotage, mobilisation des ressources, financements, moyens humains...)
Santé		
Social		
Emploi/Insertion		
Education		
Logement		
Habitat		
Aménagement du territoire		
Politique de la ville		
Environnement		
Autres		

La problématique de l'action est-elle intégrée dans le volet santé du Contrat de Ville ?	Oui ☐	Non ☐
--	------------------------------	------------------------------

PARTICIPATION	
Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?	Oui ☐ Non ☐
Si oui, de quelle nature ? <i>(cf. Echelle de mesure de la participation communautaire de Rifkin qui interroge la participation des habitants sur 5 dimensions d'un projet)</i>	Participation à l'analyse des besoins ☐ Participation à l'organisation de l'action ☐ Participation à la direction des activités prévues (leadership) ☐ Participation à la gestion de l'action ☐ Participation à la mobilisation des ressources ☐

SUIVI, EVALUATION, REAJUSTEMENT	
Les indicateurs proposés doivent permettre de mesurer la réduction des écarts identifiés dans la phase diagnostic	
Indicateurs de processus ³ :	
Indicateurs d'activité ⁴ :	
Indicateurs de résultats ⁵ :	
Méthode d'évaluation envisagée (questionnaires, entretiens, observation...) :	
Facteurs facilitants l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :	
Difficultés rencontrées lors de l'élaboration et/ou mise en œuvre de l'action :	

³ **Indicateurs de processus** : ils décrivent les éléments du projet et de son déroulement (activités, acteurs, structures, moyens et ressources utilisées, méthodes employées...). Ils permettent de s'interroger : les activités prévues ont-elles été toutes réalisées? Les moyens ont-ils été tous utilisés?... (Cf. indicateurs déterminés dans le cadre du SRS Nouvelle-Aquitaine 2018-2022)

⁴ **Indicateurs d'activité** : ils expriment par des données souvent chiffrées la quantité de la production d'une action réalisée (nombre de bénéficiaires, de réunions...).

⁵ **Indicateurs de résultats** : ils permettent de répondre à certaines interrogations et notamment l'atteinte des objectifs: qu'est-ce qui a changé? Quelles appropriations des connaissances ont été observées ? Y-a-t-il un impact? Les données collectées sont le plus souvent qualitatives.