Communauté de Communes

Haut Limousin en Marche

EXTRAIT DU REGISTRE DES DELIBERATIONS DU CONSEIL COMMUNAUTAIRE DE LA COMMUNAUTÉ DE COMMUNES DU HAUT LIMOUSIN EN MARCHE

SEANCE DU 12 JUIN 2018

2018-094

CONTRAT LOCAL DE SANTE

L'an deux mille dix-huit, le 12 juin à dix-huit heures trente, le Conseil de la Communauté de Communes du Haut Limousin en Marche, dûment convoqué, s'est réuni au Foyer Club Polyvalent de PEYRAT DE BELLAC sous la présidence de Madame HOURCADE-HATTE, Présidente.

Date de convocation du Conseil de Communauté : 1er juin 2018.

Nombre de conseillers	
En exercice	**63**
Titulaires Présents	48
Suppléants Présents	4
Pouvoirs titulaires	9
Votants	**61**
Majorité absolue	31

BACHELLERIE Pierre, BARRIERE Jean-Paul, BENOT Jacques, BERGER Odile, BOULLE Jean-Claude, BRISSIAUD Emmanuel, COINDEAU Yvette, COMBECAU Pascal, COURTIOUX Jean-Claude, COURTY Nathalien, DAVID Daniel, de la SALLE Jacques, DEVERINES Mariane, DINARD Joëlle, DRIEUX Jean-Pierre, FAURY Jean-Michel, FREDAIGUE-POUPON Martine, GONTIER Nicole, GUIBERT Philippe, HOURCADE-HATTE Corine IMBERT Ginette, JARRY Jean-Bernard, JOLLY Bernard, JOUANNY Alain, KOLB Annie, LACHAISE Joël, LACHEREZ Catherine, LALLEMENT Vincent, LAVERGNE Marie-Josette, LEBRAUD Claude, LEBRAUD Jacques, LEVEQUE Christian, MAGNIN Bernard, MAITRE Daniel, NIVARD Fabrice, NOUGIER Serge, PERRIN Jean-François, PERROT Corine, PEYRONNET Claude, PROPIN Jean-Michel, REYNAUD Gilles, RICHARD Annie, ROUMILHAC Pierre, SAILLARD Madeleine, SEGUY Christine, SPRIET Thierry, THEVENET Jean-Jacques, THEVENOT Pierrette

PRÉSENTS Suppléants : Martine DINCQ, Michel GAUGRY, Vincent DAMAR, Gilles VINCEY

POUVOIRS hors suppléant :

- André DUBOIS qui donne pouvoir à Daniel DAVID
- Solange LASSALLE qui donne pouvoir à Claude LEBRAUD
- Jacques DUFOURD qui donne pouvoir à Joël LACHAISE
- Patrick LEDON qui donne pouvoir à Jean-Bernard JARRY
- Éric LOUBEYRE qui donne pouvoir à Daniel MAITRE
- Maxime COLOMBEAU qui donne pouvoir à Martine FREDAIGUE-POUPON
- Bernard GRIFFON qui donne pouvoir à Alain JOUANNY
- Pascal GODRIE qui donne pouvoir à Jean-Paul BARRIERE
- Pascal BREGEON qui donne pouvoir à Emmanuel BRISSIAUD

Absents excusés : Virginie WINDRIDGE, Josiane DEMOUSSEAU

Assistaient également à la séance des délégués suppléants.

Monsieur Nathalien COURTY est élu secrétaire.

Madame la Présidente s'exprime en ces termes :

La santé est une préoccupation primordiale de notre territoire. Afin de répondre aux enjeux majeurs de santé publique, il est proposé de mettre en place une démarche partenariale par le biais du Contrat Local de Santé.
Il s'agit d'une mesure innovante de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) qui a défini les modalités de mise en œuvre de la politique régionale de santé.
Le Contrat Local de Santé (CLS) est une démarche « contractuelle, partenariale et intersectorielle » associant :

- des partenaires signataires (a minima collectivité territoriale, ARS, Préfecture, Conseil départemental, 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, nutrition (alimentation et activité physique), logement et habitat, etc, ...)

- des représentants des usagers du système de santé et des habitants.

Ce contrat local concerne toute la santé, ne se limitant ni à la prévention, ni à l'organisation des soins. Il doit définir certains enjeux prioritaires, identifier les thématiques transverses à traiter, et cela sur l'ensemble des champs, depuis la promotion de la santé jusqu'à l'aide à la réadaptation, en passant par l'offre de soins, l'accompagnement médico-social et la veille sanitaire.

Cette démarche est structurée autour d'un diagnostic local de santé partagé, de l'élaboration d'un plan d'actions et de modalités de suivi et d'évaluation.

Le CLS promeut une approche « globale » de la santé portant sur la prévention et promotion de la santé, l'accès aux soins, l'accompagnement médico-social et sur les déterminants sociaux mais aussi valorisant la structuration de parcours de santé plus cohérents à l'échelle locale.

Pour permettre à cet outil de contribuer de manière probante à la réduction des écarts en apportant des réponses renforcées sur un territoire présentant des indicateurs socio-sanitaires défavorables, les principaux partenaires concernés doivent également s'engager dans ce CLS, traduisant ainsi une mobilisation coordonnée des politiques publiques permettant d'actionner différents leviers, sanitaires et autres (déterminants de santé), et de proposer ainsi des parcours de santé adaptés au contexte vécu par les habitants du Haut-Limousin en Marche.

Il vous est proposé d'autoriser la signature de ce contrat.

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) ;

Vu le code de santé publique et notamment l'article L1434-2 ;

Vu le Code général des Collectivités territoriales et notamment l'article L 2121-29 ;

Vu l'arrêté préfectoral du 22 décembre 2017 portant modification des statuts de la Communauté de communes du Haut-Limousin en Marche ;

Vu le Plan Régional de Santé de l'Agence Régionale de Santé de Nouvelle-Aquitaine (2018-2023) ;

Considérant la compétence « services à la population » ;

Considérant le projet de contrat joint en annexe ;

Le Conseil Communautaire, après en avoir délibéré,

DECIDE

Article 1 : Le contrat local de santé est approuvé.

Article 2 : La Présidente est autorisée à signer le contrat proposé.

Article 3 : La Présidente est autorisée à signer tous les documents nécessaires à l'exécution de la présente délibération.

Contre : 1 (Philippe GUIBERT)
Adoptée à la majorité

La Présidente,

Corine HOURCADE-HATTE

Affiché le : 22 JUIN 2018

Transmis au contrôle de légalité le : 22 JUIN 2018

REÇU A LA SOUS-PREFECTURE DE BELLAC
Le 25 JUIN 2018

La présente délibération, à supposer que celle-ci fasse grief, peut faire l'objet, dans un délai de 2 mois à compter de sa notification, d'un recours contentieux auprès du Tribunal administratif de Limoges ou d'un recours gracieux auprès de la Communauté, étant précisé que celle-ci dispose alors d'un délai de deux mois pour répondre. Un silence de deux mois vaut alors décision implicite de rejet. La décision ainsi prise, qu'elle soit expresse ou implicite, pourra elle-même être déférée à ce même tribunal administratif dans un délai de deux mois.

REÇU A LA SOUS-PREFECTURE
DE BELLAC
Le 25 JUIN 2018

Contrat Local de Santé

du

Haut-Limousin En Marche

2018-2022

Sommaire

PRÉAMBULE : LA SANTÉ AU SENS DE LA CHARTE D'OTTAWA

1. Les définitions de la santé
2. Vouloir agir sur la santé des individus, c'est prendre en compte les déterminants
3. Les stratégies de promotion de la santé

I – LE CONTRAT LOCAL DE SANTÉ (CLS)

1. Outil de coordination et de planification sur le territoire
2. Un cadre juridique et partenarial

II – LE CONTRAT LOCAL DE SANTÉ DU HAUT-LIMOUSIN EN MARCHE

1. Diagnostic

2. Recommandations des axes prioritaires à développer
   a) Le maintien de l'offre de soins et la facilitation de l'accès aux soins
   b) Le développement de la prévention
   c) La fluidification du parcours de soins des patients porteurs de maladies chroniques et du parcours de vie des personnes en perte d'autonomie
   d) La prise en compte des problématiques environnementales

3. La nécessaire articulation des politiques publiques pour les réductions de risques des inégalités sociales et territoriales en santé

4. Le champ du contrat
   a) Un territoire
   b) Les signataires
   c) Les partenaires
   d) Les opérateurs et acteurs
   e) Des principes politiques partagés

5. Les axes stratégiques et objectifs opérationnels du contrat
   a) Améliorer l'accès à une offre de soins adaptée aux besoins de la population
   b) Promouvoir des comportements favorables à la santé tout au long de la vie
   c) Améliorer les parcours de santé des malades chroniques et des personnes en perte d'autonomie
   d) Aménager des cadres de vie favorables à la santé aux besoins des populations

6. Les dispositifs territoriaux impulsés par le CLS HLEM

7. La gouvernance et le pilotage du CLS HLEM
   a) Un comité de pilotage
   b) Un comité opérationnel

8. Durée du contrat

9. Modalités de suivi et d'évaluation

10. Révision du contrat

ANNEXE

Préambule : la Santé au sens de la Charte d'Ottawa

La question de l'état de santé des habitants s'invite ces dernières années au cœur des politiques publiques à l'œuvre à l'échelle nationale et sur les territoires.

On entend la santé au sens large, telle que définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ce qui implique d'agir sur tous les déterminants de santé mais aussi de développer des stratégies coordonnées de promotion de la santé pour réduire les inégalités en la matière.

1. LES DÉFINITIONS DE LA SANTÉ

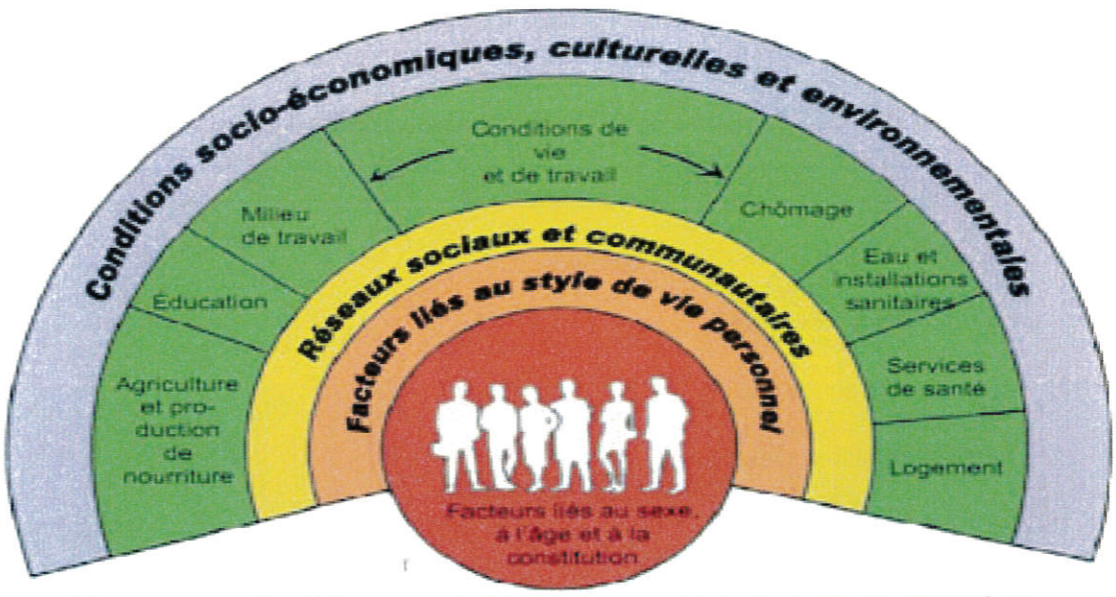
- Santé = absence de maladie diagnostiquée par les professionnels de santé ;
- Santé = « état de complet bien-être physique, mental et social » (OMS 1946) ;
- Santé = « état physique et mental, relativement exempt de gêne et de souffrance, qui permet à l'individu de fonctionner aussi efficacement et aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé »
- Santé = ressource de la vie quotidienne et non un but en soi – qui donne à la personne « le pouvoir d'identifier et de réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins, et évoluer avec son milieu ou s'y adapter ».

C'est la définition de la Charte d'Ottawa (OMS 1986) : la santé apparaît donc comme une richesse essentielle, qu'il faut entretenir et, si nécessaire, restaurer.

À chaque étape de la vie, l'état de santé se caractérise par des interactions complexes entre plusieurs facteurs d'ordre socioéconomique, en interdépendance avec l'environnement physique et le comportement individuel :

- Ces facteurs sont désignés comme les **« déterminants de la santé »**
- Ils n'agissent pas isolément : c'est la combinaison de leurs effets qui influe sur l'état de santé.

L'état de santé d'une personne se caractérise donc par des interactions complexes entre plusieurs facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques.



DAHLGREN, Göran and WHITEHEAD, Margaret (1991) Policies and Strategies to promote social equity in health. Institute of Future Studies, Stockholm (traduction)

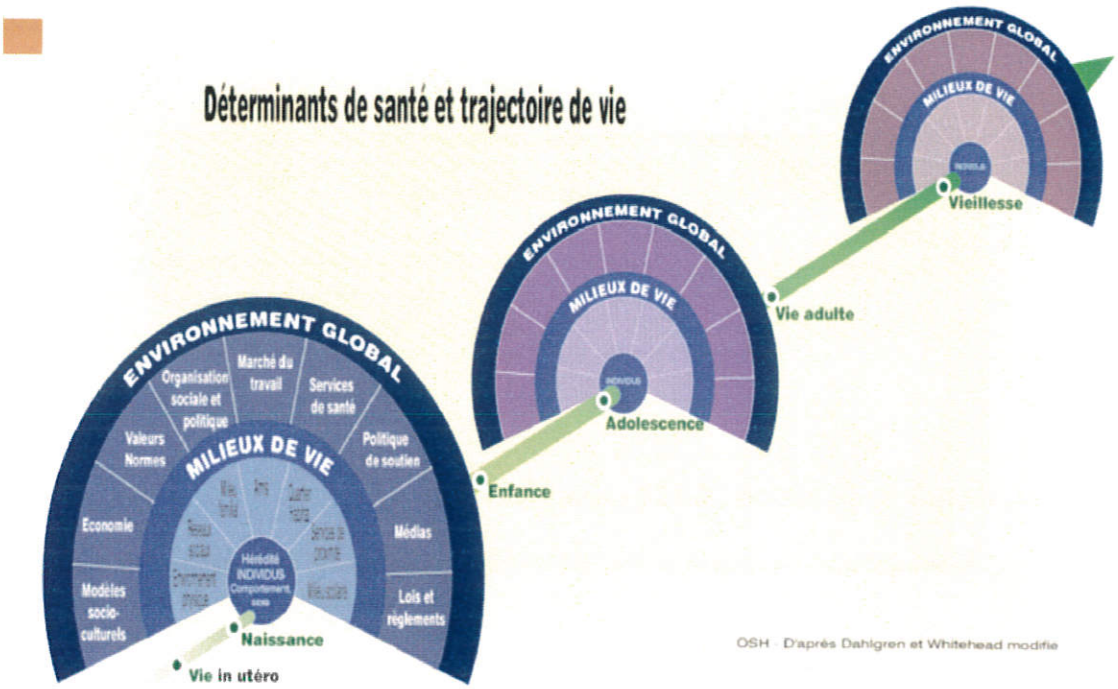
2. VOULOIR AGIR SUR LA SANTE DES INDIVIDUS, C'EST PRENDRE EN COMPTE LES DETERMINANTS DE SANTE

Déterminants de santé et trajectoires de vie

Certaines recherches privilégient le rôle des conditions de naissance et de vie dans la petite enfance qui, lorsqu'elles sont défavorables, poseraient les fondements créateurs des inégalités.

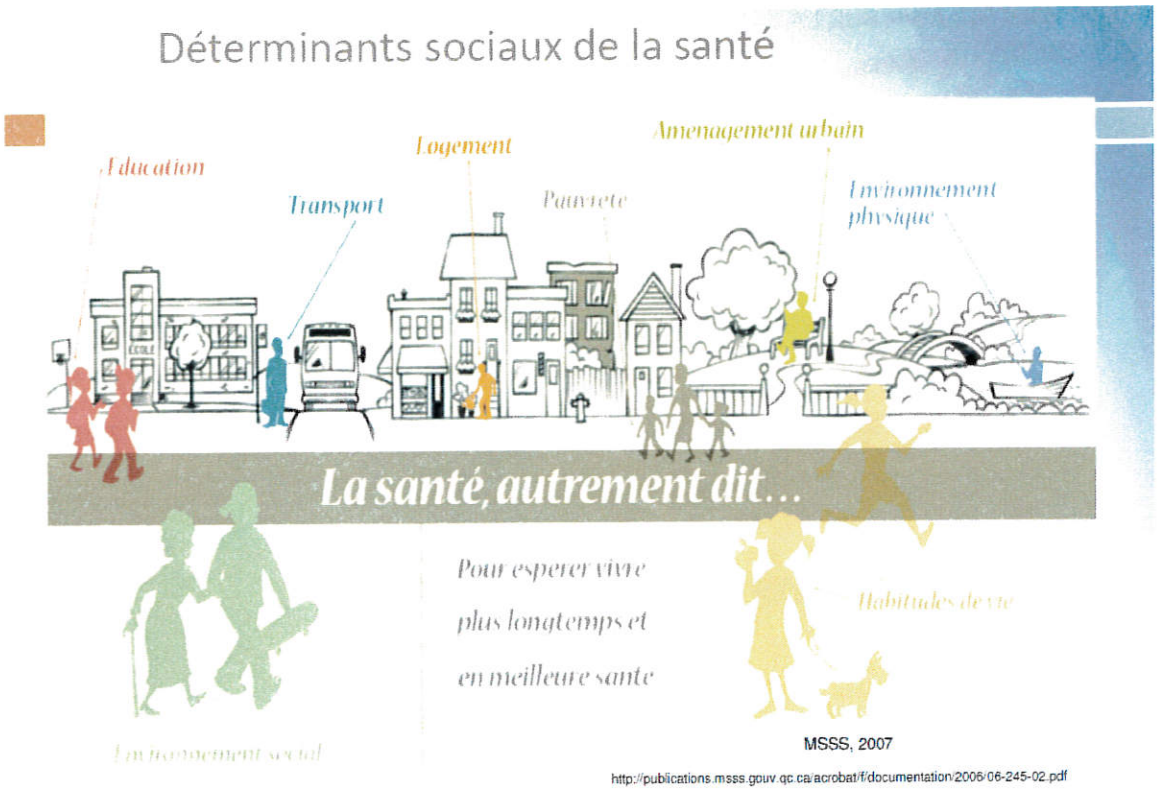
D'autres études se fondent sur l'effet cumulatif de déterminants sociaux et économiques défavorables se combinant et interagissant au cours de la vie.

Ces courants ne sont pas exclusifs les uns des autres et peuvent se révéler complémentaires.



Les déterminants de la santé sont les suivants :

- revenu et statut social,
- réseaux de soutien social,
- emploi et conditins de travail,
- éducation,
- environnements physiques (qualité de l'air et de l'eau, milieux de vie sains et sécurisés),
- habitudes personnelles et habiletés d'adaptation,
- développement de l'enfant,
- services de santé,
- sexe,
- génétique,
- culture.



3. LES STRATEGIES DE PROMOTION DE LA SANTE

La promotion de la santé représente un processus global qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes.

C'est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé.

La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé.

La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. C'est la définition donnée par la **Charte d'Ottawa.**

De cette définition découlent des stratégies qui dépassent les actions d'éducation pour la santé ou les actes préventifs visant le seul individu.

Il s'agit donc aussi :

- d'élaborer une politique publique saine,
- de créer des milieux favorables,
- de renforcer l'action communautaire,
- de développer les aptitudes personnelles,
- de réorienter les services de santé.

La promotion de la santé peut donc se définir comme une combinaison d'activités :

- d'éducation pour la santé,

- et de pratiques de politiques publiques saines,
- dans une optique de participation : il s'agit de reconnaître les personnes et les groupes concernés comme des acteurs.

Ainsi apparaît la notion de **coopération intersectorielle** avec la construction d'une relation entre des éléments de différents secteurs de la société qui va s'établir en vue d'atteindre des résultats en matière de santé d'une façon qui soit :

- plus efficace,
- plus rationnelle
- ou plus durable que si le secteur sanitaire avait agi seul.

Le partenariat devient alors une nécessité ; on y a recours pour résoudre des problèmes complexes qu'une organisation seule ne parvient pas à régler.

L'avantage du partenariat est qu'il facilite la mise en commun de l'expertise et l'innovation. Il s'agit bien d'innovation puisque l'action en partenariat cherche dans bien des domaines à remplacer l'action traditionnelle sectorisée, jugée inappropriée.

Ce mode d'approche est exigeant. Il repose sur un degré élevé de collaboration et implique la mise en commun de savoirs et de ressources : s'échanger de l'information, s'engager dans un projet conjoint.

Face aux enjeux de santé publique, le **Contrat Local de Santé** permet de « mieux s'outiller pour réussir » notamment en matière de lutte et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

I. LE CONTRAT LOCAL DE SANTE (CLS)

1. OUTIL DE COORDINATION ET DE PLANIFICATION SUR LE TERRITOIRE

Le Contrat Local de Santé (CLS) est **une démarche « contractuelle, partenariale et intersectorielle »** associant :

- des partenaires signataires (a minima collectivité territoriale, ARS, Préfecture, Conseil départemental, 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, nutrition (alimentation et activité physique), logement et habitat, etc, ...)
- des représentants des usagers du système de santé et des habitants.

Il s'agit d'une démarche « territoriale » mise en œuvre sur un territoire de projet, en l'occurrence celui du Haut-Limousin en Marche. Il est au croisement d'une politique descendante de déclinaison locale du Plan Régional de Santé et d'une dynamique ascendante de développement local.

Cette « démarche-projet » est structurée autour d'un diagnostic local de santé partagé, de l'élaboration d'un plan d'actions et de modalités de suivi et d'évaluation.

Le CLS promeut une approche « globale » de la santé portant sur la prévention et promotion de la santé, l'accès aux soins, l'accompagnement médico-social et sur les déterminants sociaux mais aussi valorisant la structuration de parcours de santé plus cohérents à l'échelle locale.

Convaincues de l'intérêt de cet outil pour lutter contre les inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé (ISETS) et développer la transversalité interne au champ sanitaire et externe (en lien avec les autres politiques publiques), l'ARS Nouvelle-Aquitaine et la Communauté de communes du Haut-Limousin en Marche se sont engagées de manière volontariste dans la signature d'un CLS.

Pour permettre à cet outil de contribuer de manière probante à la réduction des écarts en apportant des réponses renforcées sur un territoire présentant des indicateurs socio-sanitaires défavorables, les principaux partenaires concernés doivent également s'engager dans ce CLS, traduisant ainsi une mobilisation coordonnée des politiques publiques permettant d'actionner différents leviers, sanitaires et autres (déterminants de santé), et de proposer ainsi des parcours de santé adaptés au contexte vécu par les habitants du Haut-Limousin en Marche.

2. UN CADRE JURIDIQUE ET PARTENARIAL

Le CLS est une mesure innovante de la **loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST)** qui a défini les modalités de mise en œuvre de la politique régionale de santé.

« Art. L1434-2 du CSP - Le projet régional de santé est constitué :

1° - D'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ;

2° - De schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ;

3° - De programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine. La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé tels que définis à l'article L. 1434-17.

Le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion. »

Le Plan Régional de Santé de l'Agence Régionale de Santé de Nouvelle-Aquitaine (2018-2023) décline au niveau régional la stratégie nationale de santé à travers quatre axes stratégiques :

- Mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie ;
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ;
- Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge au bénéfice de la population ;
- Innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens.

Le Contrat Local de Santé est l'instrument de la consolidation du partenariat local sur les questions de santé. Il incarne une dimension intersectorielle de la politique régionale de santé dans le but de favoriser :

- l'amélioration des contextes environnementaux et sociaux qui déterminent, à plus ou moins long terme, l'état de santé des populations au niveau local ;
- l'accès des personnes notamment « démunies » aux soins, aux services, et à la prévention ;
- la promotion et le respect des droits des usagers du système de santé.

Il renforce la qualité de la mise en œuvre de la politique de santé au niveau local dans le respect des objectifs inscrits dans le Projet Régional de Santé (PRS) en assurant à ce niveau la coordination des financeurs et des politiques impactant la santé mais aussi des acteurs. Il s'appuie sur les initiatives de démocratie sanitaire, à la fois institutionnelles et locales.

Issu de la Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires (HPST), ce contrat local s'adresse à des zones jugées prioritaires pour des raisons de difficultés d'accès aux soins, ou d'états socio-sanitaires particulièrement défavorables.

Ce contrat local concerne toute la santé, ne se limitant ni à la prévention, ni à l'organisation des soins. Il doit définir certains enjeux prioritaires, identifier les thématiques transverses à traiter, et cela sur l'ensemble des champs, depuis la promotion de la santé jusqu'à l'aide à la réadaptation, en passant par l'offre de soins, l'accompagnement médico-social et la veille sanitaire.

II. LE CONTRAT LOCAL DE SANTE DU HAUT-LIMOUSIN EN MARCHE

1. DIAGNOSTIC

L'Observatoire Régional de la Santé (ORS) a réalisé un diagnostic territorial basé sur l'analyse de divers indicateurs et a recueilli l'avis des acteurs locaux quant aux axes prioritaires à développer.

Synthèse du diagnostic

- Ce territoire, très rural et relativement enclavé, a perdu le quart de sa population depuis 1975. Regroupant 24 000 habitants répartis sur 43 communes, la Communauté de communes du Haut-Limousin en Marche (HLEM), issu de la fusion des 3 intercommunalités du nord de la Haute-Vienne, affiche une densité de population 6 fois plus faible qu'au niveau national (19 habitant/km²).

- Il se caractérise par une population particulièrement âgée (40 % ont 60 ans ou plus, 17 % 75 ans ou plus) et des indicateurs socio-économiques défavorables.

- Les revenus médians sur le territoire sont près de 30 % inférieurs au revenu médian national et près de 20 % inférieurs au revenu médian départemental. 7 ménages sur 10 sont non imposés (69 % versus 57 % au niveau départemental et régional).

- La part des ouvriers s'avère prépondérante dans la population active : 5,3 ouvriers pour 1 cadre (versus 1,8 en Haute-Vienne et 1,9 en Nouvelle-Aquitaine).

- Les jeunes résidant dans le territoire sont souvent peu qualifiés : seul le quart des 25-34 ans ont un diplôme d'études supérieures (versus 41 % en Haute-Vienne et 44 % en France hexagonale), situant la communauté de communes au dernier rang du département et de l'ex-Limousin pour cet indicateur.

- La faiblesse du niveau d'études ne concerne évidemment pas que les jeunes puisque 43 % des habitants sont peu ou pas diplômée versus 33 % en Haute-Vienne (31 % pour la France métropolitaine et la Nouvelle-Aquitaine).

- D'une manière générale, le Haut-Limousin fait partie des territoires de Nouvelle-Aquitaine cumulant les handicaps (tant sur le plan sociodémographique, que sur les plans économique et sanitaire et une récente typologie réalisée par l'ORS le classe effectivement parmi les « bassins ruraux fragiles ».

- En matière d'état de santé de la population, le territoire de la communauté de communes du Haut-Limousin en Marche se distingue par une mortalité générale et prématurée significativement supérieure à la France métropolitaine, notamment sur les ex-communautés de communes de Basse Marche et de Brame-Benaize, alors que la région et le département sont en position au contraire plus favorable. Cette surmortalité concerne tout particulièrement les cancers, les maladies cardio-vasculaires, le suicide et les accidents de la circulation. Pour autant, les informations disponibles relatives à la morbidité (taux de prévalence en affection de longue durée) ne pointent pas en général une situation plus péjorative.

- L'enquête conduite chez les élèves de 6ème par les infirmières de santé scolaire révèle cependant des comportements vis-à-vis de la santé moins favorables : moins bonne couverture vaccinale, surcharge pondérale fréquente (1/4 des jeunes concernés), hygiène bucco-dentaire à améliorer, etc. Les données sur la santé des jeunes sont corroborées par l'enquête conduite auprès des professionnels locaux intervenant dans le champ de l'enfance et de l'adolescence interrogés lors d'un premier diagnostic territorial conduit en 2010, tandis que les professionnels de santé pointaient, en population générale comme chez les jeunes, la surcharge pondérale, les consommations de tabac et d'alcool, l'hygiène bucco-dentaire et les problèmes relevant de la santé mentale.

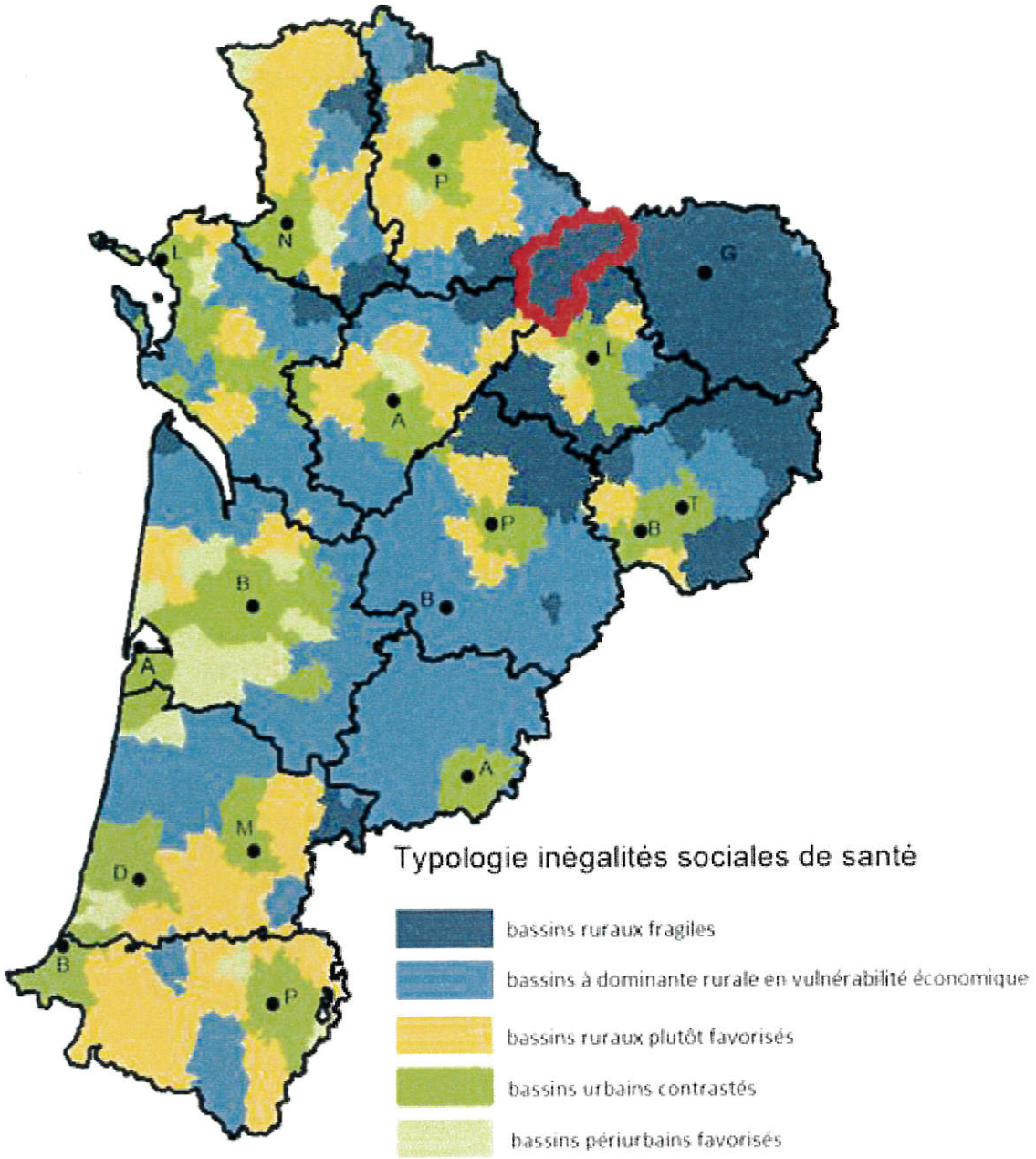
- L'étude de l'offre de santé libérale fait apparaître une situation problématique, en particulier en matière de médecins généralistes (75 pour 100 000 versus 134 dans l'ensemble du département), kinésithérapeutes, dentistes, ou encore orthophonistes, sages-femmes, pédicures podologues, ... Le déficit est d'autant plus marqué que la population est plus âgée et a donc des besoins de santé plus importants. De plus, le déficit en médecins généralistes pourrait se creuser dans le futur du fait de l'âge des praticiens en exercice (4 sur 10 ont 60 ans ou plus).

- Toutefois, l'existence d'une maison de santé pluridisciplinaire (MSP) au Dorat et la création prochaine d'une seconde MSP à Bellac pourraient contribuer à rendre plus attractif le territoire pour de jeunes professionnels et pourraient constituer une première réponse à ce besoin. L'absence d'offre en spécialistes libéraux locaux est compensée par un dispositif de consultations avancées ou consultations externes proposées par l'hôpital intercommunal du Haut-Limousin (HIHL) avec 20 disciplines présentes (hors imagerie).

- D'ailleurs, selon une étude de l'ORS de 2015, des renoncements aux soins en raison de la distance ou d'un problème de transport sont notés dans ce territoire d'avantage que dans l'ensemble de l'ex-Limousin. L'HIHL, avec ses 49 lits de médecine (dont 2 en hospitalisation de jour) et ses 60 lits de SSR (sans parler de ses services de soins de longue durée, de ses places d'EHPAD et de ses offres complémentaires : SSIAD, hôpital de jour, service de repas portés, CLIC, ...), constitue un acteur majeur de l'offre locale de santé, parfaitement articulé avec les médecins généralistes libéraux dont plusieurs interviennent en son sein et, on l'a vu, ouvert sur l'extérieur, en particulier par le panel de consultations avancées proposées et par son plateau technique (imagerie).

- L'offre d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est conséquente et est majoritairement considérée comme acceptable, voire satisfaisante, par les acteurs locaux (hormis toutefois pour l'équipement en places dédiées Alzheimer). Il en est de même de certains services pour le maintien à domicile (aides « domestiques », repas portés, ...). L'insatisfaction est par contre plus grande concernant les prestations d'aides-soignants à domicile, les aides « corporelles » ou encore les possibilités d'hospitalisation à domicile.

- Le diagnostic territorial a reposé sur une consultation conduite durant l'été par voie postale et en ligne auprès d'environ 175 acteurs locaux (professionnels de santé, acteurs hospitaliers, élus, représentants d'institutions (Conseil départemental, Préfecture, CPAM, CAF, Éducation nationale, MSA), instances ordinales, associations, membres du CTS concernés par ce territoire. Parmi les 20 thèmes proposés qu'il était demandé de prioriser, arrive très nettement en tête (priorité de rang 1 pour les ¾ des répondants) le maintien de l'offre de soins de 1er recours, puis (priorité de rang 1 pour la moitié des répondants), la facilitation du maintien à domicile (incluant l'aide aux aidants) et le parcours du patient porteur de maladies chroniques.


Typologie inégalités sociales de santé
bassins ruraux fragiles
bassins à dominante rurale en vulnérabilité économique
bassins ruraux plutôt favorisés
bassins urbains contrastés
bassins périurbains favorisés

2. RECOMMANDATIONS DES AXES PRIORITAIRES À DÉVELOPPER

La confrontation de l'état des lieux statistique, de la consultation locale conduite durant l'été 2017 et des enquêtes conduites auprès des acteurs locaux en 2010 permet de formuler un certain nombre de recommandations quant aux axes prioritaires qui pourraient être ceux du CLS de la Communauté de communes du HLEM :

a) Le maintien de l'offre de soins et la facilitation de l'accès aux soins

Tant l'étude des densités des professions de santé et de leur évolution prévisible du fait de l'âge des professionnels, que les résultats des deux enquêtes conduites auprès des acteurs locaux montrent que le maintien d'une offre de soins de 1er recours est la préoccupation majeure dans ce territoire. Les initiatives locales (2 MSP articulées avec des antennes périphériques) permettent d'espérer maîtriser les évolutions à venir. Ceci demeure néanmoins fragile et doit impérativement être conforté par d'autres initiatives (contrat passé avec certains praticiens exerçant en ville, salariat partiel, ...), en particulier en s'appuyant sur cet acteur incontournable qu'est l'HIHL.

La nécessité de faciliter l'accès aux soins de la population, en particulier aux soins spécialisés et aux plateaux techniques, conduit à des recommandations visant à développer les consultations avancées (sans méconnaître les difficultés économiques potentiellement occasionnées pour l'HIHL), que l'on sait très utilisées, très appréciées mais en nombre insuffisant compte-tenu des besoins. Ce développement devra trouver sa place dans le cadre du déploiement du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) du Limousin.

Le développement de la télémédecine sera certainement l'un des axes sur lequel s'appuyer pour faciliter l'accès aux soins de la population, dans un cadre de baisse prévisible des effectifs de médecins spécialistes et d'une disponibilité non extensible.

Par ailleurs, le développement d'une offre de transports adaptée (par exemple transport à la demande) devrait également figurer dans le panel des mesures prises pour faciliter l'accès aux soins.

b) Le développement de la prévention

Les mauvais indicateurs de santé relevés sur le territoire et la perception des acteurs locaux amènent à prioriser la prévention, qu'il s'agisse de prévention primaire, en particulier dans le champ de la nutrition (alimentation et activité physique), des consommations (tabac, alcool essentiellement), de l'hygiène bucco-dentaire, ou encore, dans un tout autre champ, de la lutte contre l'isolement et la prévention du suicide ou qu'il s'agisse de prévention secondaire : dépistage organisé des cancers (taux de couverture plus bas qu'au niveau départemental), vaccination, ...

c) La fluidification du parcours de soins des patients porteurs de maladies chroniques et du parcours de vie des personnes en perte d'autonomie

S'agissant du parcours de soins du patient porteur de maladies chroniques (y compris cancers), de nombreux acteurs l'ont pointé comme une priorité avec la nécessité d'une meilleure coordination des acteurs locaux et, plus encore peut-être, d'une meilleure coordination entre acteurs hospitaliers (le plus souvent situés en dehors du territoire) et professionnels libéraux. L'existence (actuelle ou prochaine) de deux maisons de santé pluridisciplinaires devrait contribuer à améliorer la coordination et à fluidifier les parcours, mais d'autres initiatives locales sont certainement nécessaires.

La structuration du maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie, requérant ici encore une coordination efficace, fait naturellement partie de cet axe. On rappelle que les acteurs interrogés font de celui-ci une priorité, en intégrant dans cette dimension tout ce qui se rapporte à l'aide aux aidants.

d) La prise en compte des problématiques environnementales

Tant certaines caractéristiques du territoire (qualité bactériologique de l'eau de consommation, radon, habitat, pesticides, ...) que la sensibilisation des acteurs locaux sur ce thème amènent à le proposer au rang des axes prioritaires, en y incluant les problématiques émergentes (nanoparticules, perturbateurs endocriniens, ...).

3. LA NÉCESSAIRE ARTICULATION DES POLITIQUES PUBLIQUES POUR LES RÉDUCTIONS DE RISQUES DES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES DE SANTÉ

Au regard des indicateurs de santé du nord de la Haute-Vienne, l'ARS Nouvelle-Aquitaine et la Communauté de communes du Haut-Limousin en Marche ont souhaité élaborer et mettre en œuvre, avec les partenaires concernés, un contrat local de santé (CLS) sur ce territoire.

Le Préfet du département de la Haute-Vienne, attaché à ce que les questions de santé soient l'un des enjeux importants de la politique de cohésion sociale d'une part, et de l'ensemble des politiques publiques d'autre part, s'implique également dans la contractualisation.

L'Hôpital Intercommunal du Haut-Limousin et le Centre Hospitalier Esquirol sont des établissements de santé incontournables dans ce CLS car ils contribuent au maintien de l'offre de soins et à la facilitation de l'accès aux soins sur le territoire.

Bien que non signataires, d'autres établissements de santé et notamment le CHU de Limoges ainsi que la Polyclinique de Limoges sont également des partenaires à ce projet.

La direction des services départementaux de l'Education Nationale de la Haute-Vienne, qui coordonne le parcours éducatif de santé visant à assurer l'éducation à la santé, la protection de la santé des élèves et la prévention des conduites à risques, s'implique également dans la contractualisation.

Les organismes de protection sociale (CPAM, MSA, CAF), fortement engagés dans l'accès aux soins et l'accès aux droits, ont souhaité rejoindre la démarche en tant que signataires du CLS.

Le Conseil départemental de la Haute-Vienne s'est prononcé, dans son assemblée du (....), en faveur d'une participation active à ce CLS, premier contrat local de santé en secteur rural du département.

Par cet engagement commun, les signataires confirment leur volonté d'améliorer la réponse apportée aux besoins de santé de la population.

4. LE CHAMP DU CONTRAT

a) Un territoire

Le contrat local de santé concerne la Communauté de communes du Haut-Limousin en Marche (arrêté du 19 décembre 2016), composée de 43 communes :

Arnac-la-Poste, Azat-le-Ris, Bellac, Berneuil, Blanzac, Blond, Bussière-Poitevine, Cieux, Cromac, Darnac, Dinsac, Dompierre-les-Eglises, Droux, Gajoubert , Jouac, La Bazeuge, Montrol-Sénard, Mortemart, Nouic, Oradour-Saint-Genest, Peyrat-de-Bellac, Saint-Barbant, Saint-Bonnet de Bellac, Saint-Georges les Landes, Saint-Hilaire la Treille, Saint-Junien les Combes, Saint-Léger Magnazeix, Saint-Martial sur Isop, Saint-Martin le Mault, Saint-Ouen sur Gartempe, Saint-Sornin la Marche, Saint-Sulpice les Feuilles, La Croix sur Gartempe, Le Dorat, Les Grands Chézeaux, Lussac les Eglises, Magnac-Laval, Mailhac sur Benaize, Tersannes, Thiat, Val d'Issoire, Verneuil-Moustiers, Villefavard.

carte de la comcom à insérer

b) Les signataires

Le présent contrat est conclu entre :

- L'Agence Régionale de Santé du Limousin,
- La Communauté de Communes du Haut-Limousin en Marche,
- La Préfecture de la Haute-Vienne,
- Le Conseil Départemental de la Haute-Vienne,
- La Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale de la Haute-Vienne,
- L'Hôpital Intercommunal du Haut-Limousin (hôpital de proximité),
- Le Centre Hospitalier Esquirol à Limoges,
- La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Haute-Vienne,
- La Direction Régionale de la Mutualité Sociale Agricole,
- La Direction Départementale de la Caisse d'Allocation Familiales.

c) Les partenaires

- La Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt,
- La Direction Départementale des Territoires,
- La Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations,
- Les représentants des usagers et plus particulièrement France Assos Santé,
- La MSP le Dorat- Bussière Poitevine, ainsi que la future MSP de Bellac,
- Les Professionnels de santé du territoire,
- Les Unions Régionales des Professionnels de Santé,
- Les Etablissements et services sociaux et médico-sociaux du territoire,
- La Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) du Centre-Ouest,
- L'IREPS,
- La Mutualité Française Limousine
- L'Observatoire Régionale de la Santé Nouvelle-Aquitaine
- La Mission locale rurale

d) Les opérateurs et acteurs

Outre les partenaires ci-dessus énumérés, de nombreux acteurs du territoire mais aussi du département ont vocation à participer au CLS du Haut-Limousin en Marche : associations caritatives, associations sportives, établissements scolaires, ANPAA, Entraid'Sida, Centre Ecoute et Soutien, ...

e) Des principes politiques partagés

L'objectif de la mise en œuvre de ce CLS est d'installer de façon durable les conditions d'une dynamique locale en direction de l'ensemble de la population et tout particulièrement les jeunes afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

L'approche retenue privilégie la participation, la démarche intersectorielle, l'accès, la continuité et la promotion du parcours de soins.

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

- Agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé,
- Apporter des réponses graduées en fonction des besoins de la population,
- Agir sur les inégalités d'accès et de continuité du système de soins,
- Penser et développer la participation citoyenne,

- Promouvoir un parcours de santé cohérent et adapté à chacun,
- Adopter une approche intersectorielle,
- Définir une stratégie locale d'intervention cohérente avec celles des autres échelons d'intervention,
- Evaluer le CLS : les signataires s'engagent à mesurer ensemble les résultats des actions engagées, et éventuellement à les réorienter ou à les moduler en fonction des conclusions de l'évaluation (évaluation de la démarche, des actions et des effets).

5. LES AXES STRATÉGIQUES ET OBJECTIFS OPÉRATIONNELS DU CONTRAT

Le tableau annexé au présent contrat présente de manière plus détaillée la déclinaison des axes stratégiques en objectifs opérationnels et en actions, validés par le comité de pilotage du CLS :

a) Améliorer l'accès à une offre de soins adaptée aux besoins de la population

- Promouvoir des conditions d'exercice attractives au sein du HLEM,
- Renforcer le maillage du territoire pour un accès optimisé aux soins primaires,
- Faciliter l'accès à une offre de soins de second recours,
- Renforcer les réseaux des acteurs autour des enjeux de la santé mentale.

b) Promouvoir des comportements favorables à la santé tout au long de la vie

- Favoriser une alimentation de qualité et de proximité dès le plus jeune âge,
- Promouvoir l'activité physique en proposant une offre adaptée,
- Prendre en compte et répondre à la souffrance psychique et aux problématiques de santé des jeunes,
- Développer et adapter la prévention de conduites à risques auprès des jeunes,
- Amplifier les actions de soutien à la parentalité,
- Promouvoir la couverture vaccinale,
- Développer les actions de prévention et de dépistage du cancer.

c) Améliorer les parcours de santé des malades chroniques et des personnes en perte d'autonomie

- Développer les actions relatives au bien vieillir,
- Améliorer les conditions de vie des patients atteints de pathologies chroniques par le développement d'une offre adaptée,
- Améliorer les conditions de retour à domicile après hospitalisation.

d) Aménager des cadres de vie favorables à la santé aux besoins des populations

- Renforcer la prise en compte des composantes « santé » dans les décisions publiques,
- Protéger la santé des jeunes enfants,
- Lutter contre l'habitat dégradé et présentant des risques pour la santé.

Les fiches actions élaborées suite à la signature du CLS cadre ont vocation à être validées par les instances des parties signataires avant intégration par avenant au présent contrat. Elles constitueront le plan d'actions du CLS.

6. LES DISPOSITIFS TERRITORIAUX IMPULSES PAR LE CLS HLEM

Les échanges interinstitutionnels organisés autour de la création du CLS HLEM ont favorisé l'émergence de projets visant l'implantation de dispositifs structurants avec une volonté d'engagement exprimée par les acteurs impliqués.

Le recueil et l'inventaire des démarches de contractualisation sur ce territoire contribuent à l'évaluation de l'impact du CLS.

Ce sont des projets tels que :

- La plateforme territoriale d'appui (PTA), dispositif d'appui aux professionnels de santé, accompagnée par l'ARS pour coordonner des parcours de santé complexes, en s'appuyant notamment sur les acteurs et dispositifs existants dont les MAIA.

- Un Contrat Local de Santé Mentale (CLSM) qui aura vocation à s'inscrire dans le CLS HLEM. Véritable plateforme de coordination entre les élus locaux du territoire et le service de psychiatrie publique (CHE), l'objectif du CLSM est de définir en commun des politiques locales et des actions à entreprendre pour l'amélioration de la santé mentale de la population du territoire. C'est un espace de concertation qui intègre obligatoirement les usagers, les aidants et les habitants ainsi que tous les services sociaux, médico-sociaux et sanitaires du territoire.

- Une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS), composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de second recours, et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé (PRS).

- Un Plan Alimentaire Territorial (PAT).

7. LA GOUVERNANCE ET LE PILOTAGE DU CLS HLEM

a) **UN COMITÉ DE PILOTAGE** (COPIL) coprésidé par l'ARS et la Communauté des Communes du Haut-Limousin est institué.

Les missions du COPIL sont les suivantes :

- Piloter la stratégie générale
- Fixer les objectifs du contrat et les moyens de coopération
- Mandater le comité opérationnel
- Valider les objectifs et programmes d'actions
- Suivre et évaluer le CLS

Dans le cadre de l'élaboration du CLS, il est prévu quatre réunions puis durant la période du contrat une réunion par an.

b) **UN COMITÉ OPÉRATIONNEL (COMOP)** associant les représentants techniques des membres du COPIL.

Au cours de la phase d'élaboration du CLS, le COMOP est chargé de conforter le partage du diagnostic, d'organiser les groupes thématiques afin d'impulser une dynamique.

Sur la durée du contrat, il assure le suivi, prépare les séances et les décisions du COPIL.

Un coordonnateur du CLS sera recruté par la Communauté de communes HLEM, co-financé par l'ARS. Ses missions sont notamment d'impulser et de coordonner les actions du CLS, d'en assurer le suivi et de préparer les éléments d'évaluation.

8. DUREE DU CONTRAT

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq années, à compter de la date de sa signature.

9. MODALITES DE SUIVI ET D'EVALUATION

La démarche d'évaluation portera sur la stratégie globale du CLS, sur les actions et leurs effets. Les signataires s'appuieront sur le référentiel d'évaluation des CLS produit par l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

10. REVISION DU CONTRAT

Le présent contrat pourra toutefois être révisé et complété par les parties au cours de ces cinq années. Ces modifications et révisions éventuelles feront l'objet d'avenant(s) signé(s).

Fait à Limoges, le

Le Directeur de la Délégation départementale de la Haute-Vienne de l'ARS-NA		La Présidente de la COMCOM du Haut-Limousin en Marche
Michel LAFORCADE		Corinne HOURCADE-HATTE
Le Préfet de la Haute-Vienne	Le Président du Conseil Départemental	La Directrice Académique des Services de l'Education Nationale
Raphaël LE MÉHAUTÉ	Jean-Claude LEBLOIS	Jacqueline ORLAY
Le Directeur de l'Hôpital Intercommunal du Haut-Limousin		Le Directeur du Centre hospitalier Esquirol
Guy GENTY		Thomas ROUX
La Directrice de la CPAM de la Haute-Vienne	Le Directeur de la Mutualité Sociale Agricole du Limousin	Le Directeur de la CAF de la Haute-Vienne
Catherine PELLETIER	Eric DALLE	Dominique TROUDET

ANNEXE

Programme d'actions du CLS Nord-Haute-Vienne

AXE 1 Améliorer l'accès à une offre de soins adaptée aux besoins des populations

Objectifs Opérationnels		Actions		acteurs partenaires	pilote(s) proposé(s)
1.1	Promouvoir des conditions d'exercice attractives au sein du HLEM	1.1-1	Optimisation des ressources notamment par Développement des protocoles de coopération entre les professionnels de santé et délégation de tâches (ex.: déploiement du dispositif ASALEE (action de santé libérale en équipe)	Maison de santé pluriprofessionnelles (MSP), Agence Régionale de santé (ARS), Conseils Départementaux de l'Ordre (CDOM, CDOI, CROP, CDMK), URPS, professionnels de santé du territoire	ARS
		1.1-2	Augmentation du nombre de terrains de stage pour les professionnels de santé (valorisation par les pairs)	Faculté de médecine et de pharmacie, IFSI, IFMK, ARS, CR, GHT,ILFOMER,faculté d'odontologie de Bordeaux, conseils de l'Ordre	ARS
		1.1-3	Promotion de l'installation et de l'exercice sur le territoire HLEM auprès des étudiants, des internes et des remplaçants (communication sur les atouts du territoire, les aides conventionnels, les modes d'exercice offerts)	collectivités, ARS, HIHL, CPAM, MSA, Professionnels de santé du territoire	ARS
		1.1-4	Proposer une offre attractive d'hébergement aux professionnels de santé stagiaires /internes	office de tourisme, collectivités, représentants des étudiants et internes, IFSI, ILFOMER, Pays	Comcom HLEM et Pays du Haut-Limousin
1.2	Renforcer le maillage du territoire pour un accès optimisé aux soins primaires	1.2-1	Accompagnement de projets (MSP, antennes de proximité...)	ARS, Préfecture, Conseil Régional, élus locaux, MSA, ORS, professionnels de santé	ARS
		1.2-2	Mise en réseau des MSP et Professionnels de santé du territoire (Accompagner les initiatives de création d'une communauté professionnelle territoriale de santé)	Professionnels de santé, MSP, URPS, ARS, Conseils de l'Ordre, MSA, HIHL, Etablissements et services sociaux et médico-sociaux	ARS
1.3	Faciliter l'accès à une offre de soins de second recours	1.3-1	Déploiement d'un projet e.santé adapté au territoire : plateforme télémédecine portée par HIHL , messagerie sécurisée, SI de coordination des parcours (PAACO...)	HIHL, MSP, CHU, CH Esquirol, professionnels de santé, GIP ESEA, ARS, MAIA, Etat, DORSAL	ARS/GIP ESEA

		1.3-2	Adaptation de l'offre de consultations avancées aux besoins du territoire (diversification des lieux, consultations de médecine générale)	HIHL, ARS, CHU, Polyclinique, CH Equirol, ANPAA	ARS/HIHL
1.4	Renforcer les réseaux des acteurs autour des enjeux de la santé mentale	1.4-1	Etudier l'opportunité de la mise en place d'un CLSM	CH Esquirol, collectivités (Ville de Bellac, Comcom HLEM), usagers, ARS	Comcom HLEM/ Maison Des Adolescents-CH Esquirol
		1.4-2	Amélioration de la connaissance et de la lisibilité des dispositifs d'écoute et de soutien des jeunes concernant notamment la souffrance psychique et le mal-être ainsi que la vie sexuelle et affective (élaboration d'un guide/annuaire-répertoire des acteurs à destination des élus et personnels de collectivités)	ARS, Comcom HLEM, CH Esquirol, Education Nationale, Conseil Départemental, Maison des Adolescents, Ecoute et Soutien, Mission Locale Rurale MSA (lycée agricole de Magnac)	ARS/CH Esquirol

AXE 2 Promouvoir des comportements favorables à la santé tout au long de la vie

Objectifs Opérationnels		Actions		acteurs partenaires	pilote(s) proposé(s)
2.1	Favoriser une alimentation de qualité et de proximité dès le plus jeune âge	2.1-1	Etude de l'opportunité et de la faisabilité d'un plan alimentaire territorial	DRAAF, DDT, collectivités, associations, établissements scolaires, chambres consulaires, ARS, MSA	DRAAF/DDT
		2.1-2	Recensement, valorisation et développement des actions existantes sur le territoire HLEM (un fruit à la récré, classes du goût, adhésion villes actives PNNS (Programme National Nutrition Santé), food-truck...)	collectivités, CLSH, Ets scol, DRAAF, ARS, Banque Alimentaire 87, MSA	ARS/DRAAF
		2.1-3	Organisation d'ateliers collectifs afin de sensibiliser les parents et les jeunes sur leurs pratiques alimentaires	CAF, MSA (ESAT agricole), Conseil Départemental (PMI, MDD), IREPS,	IREPS

		2.1-4	Sensibilisation et formation des professionnels socio-éducatifs (assistantes maternelles, personnels de la restauration collective)	CAF, IREPS, Conseil Départemental, établissements scolaires, collectivités, Education nationale	CAF/CD
2.2	Promouvoir l'activité physique en proposant une offre adaptée	2.2-1	Mobilisation des ressources locales et des acteurs de proximité afin de lutter contre la sédentarité à tous les âges en incitant à la pratique d'une activité physique adaptée (APA)	tissu associatif, clubs sportifs, UNSS, DRJSCS, DDCSPP 87, Comité Départemental Olympique et Sportif, Limousin Sport Santé	DDCSPP/LSS
		2.2-2	Promotion des activités physiques et sportives (APS) auprès des jeunes, de leur entourage et de l'environnement structurel en utilisant les équipements existants	ARS, Rectorat, établissements scolaires UNSS, centres sportifs, Points d'Informations Jeunesse, IREPS Mutualité DRJSCS DDCSPP collectivités territoriales, ComCom HLEM	DDCSPP / COM COM HLEM
2.3	Prendre en compte et répondre à la souffrance psychique et aux problématiques de santé des jeunes	2.3-1	Développement de réponses adaptées pour le repérage et le dépistage, l'écoute et la prise en charge de la souffrance et du mal être des jeunes	CH Esquirol, Maison des Adolescents, CAF,MSA, Conseil Départemental, ALSEA, ARS, Mission Locale rurale, Ecoute et Soutien, Education Nationale, Préfecture	CH Esquirol
		2.3-2	Accompagnement de projets ciblés sur le territoire relatifs à l'éducation à la vie affective et sexuelle (contraception, prévention IST (Infections Sexuellement Transmissibles), violences...)	Maison des Adolescents, Points d'Informations Jeunesse, ENTRAID'SIDA CEGIDD, établissements scolaires , Planning familial, Conseil Départemental, Déléguée aux Droits des Femmes et à l'Egalité	EN/ Entraid'sida
2.4	Développer et adapter la prévention de conduites à risques auprès des jeunes	2.4-1	Optimisation de l'offre de prise en charge spécialisée (cannabis, alcool, addictions sans produits dont écrans) et diffusion des bonnes pratiques en matière de repérage précoce et d'intervention brève (RPIB) pour les professionnels de santé de 1er recours	ARS, Addictlim, CH Equirol, URPS, HIHL, étabts scolaires, ANPAA, ligue contre le Cancer, Conseil Départemental, PJJ, IREPS, collectivités, MSA, Familles rurales, entreprises, milieu caritatif, CAF	Addictlim/ARS

		2.4-2	Développement des initiatives autour de l'opération Moi(s) sans tabac		Addictlim/ARS
		2.4-3	Promotion d'actions de développement des compétences psychosociales dès l'enfance		ARS/CD
2.5	Amplifier les actions de soutien à la parentalité	2.5-1	Evaluation de l'opportunité du déploiement et le cas échéant mise en œuvre d'un programme de soutien aux familles et à la parentalité (PSFP) et autres programmes de développement des compétences psychosociales et de parentalité	CAF MSA PMI crèches CHEsquirol IREPS CCAS, CLSH, collectivités	CAF/CD/ARS
		2.5-2	Repérage précoce des dysfonctionnements du lien mère/enfant en complémentarité avec les dispositifs existants (espaces de socialisation CD - PMI pour enfants de - 3 ans) et création d'espaces favorables au développement des liens de parentalité	CAF PMI crèches CHEsquirol IREPS CCAS, CLSH, collectivités, Comcom HLEM, Maternités	CAF/CD/ COM COM HLEM
2.6	Promouvoir la couverture vaccinale	2.6-1	Sensibilisation des professionnels de santé libéraux et en établissements ainsi que de la population	ARS, Professionnels de Santé, MSP, HIHL, CPAM, Education Nationale, Conseil Départemental, usagers, MSA, familles rurales	CPAM/MSA
		2.6-2	Favoriser les expérimentations innovantes en matière de vaccination et notamment les délégations de tâches (pharmaciens, IDE)	ARS, Professionnels de santé, Conseil départemental de l'Ordre Infirmiers, Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens, usagers	ARS
2.7	Développer les actions de prévention et de dépistage du	2.7-1	Analyse des freins à l'adhésion aux campagnes de dépistage des cancers et proposition d'un plan d'actions adapté	ADDC, CPAM, MSA, ARS, professionnels de santé, MSP, HIHL, Ligue contre le cancer	ADDC

	cancer	2.7-2	Promouvoir l'adhésion des employeurs du territoire au Programme Actions Cancer Toutes Entreprises (PACTE) porté par la Ligue (prévention, actions de retour et maintien dans l'emploi après un cancer)	Ligue contre le Cancer, DIRECCTE, Entreprises, CPAM, MSA, ARS, professionnels de santé, MSP, collectivités	DIRECCTE/Ligue contre le cancer

AXE 3 Améliorer les parcours de santé des malades chroniques et des personnes en perte d'autonomie

Objectifs Opérationnels		Actions		acteurs partenaires	pilote(s) proposé(s)
3.1	Développer les actions relatives au bien vieillir	3.1-1	Développement des actions de prévention des chutes et de maintien les acquis (Education Thérapeutique de Patient, ateliers/programmes en direction PA, formations des aidants), handicapés vieillissants	Siel bleu, HIHL, EHPAD Conseil Départemental, MAIA, MSP, professionnels de santé, ARS, Conférence des Financeurs, CAP Limousin, MSA, usagers, AREHA, ADPAD, ESAT	HIHL
		3.1-2	Lutter contre l'isolement des personnes âgées en recensant des dispositifs de proximité existants (actions familles rurales/voisineurs)et mettant en œuvre des réponses aux besoins non couverts	Conseil Départemental, MAIA, IREPS, CCAS, associations caritatives, MSA, Conférence des Financeurs, collectivités,Familles Rurales	CD/MSA
3.3	Améliorer les conditions de vie des patients atteints de pathologies chroniques par le développement d'une offre adaptée	3.3-1	Structurer des organisations spécifiques à certaines maladies chroniques afin d'améliorer le suivi des patients (ex: IDE ASALEE, Diapason...)	HIHL, CHU, MSP, professionnels de santé libéraux, MAIA, acteurs du domicile, CPAM, MSA, HAD, PTA, ACTC	ARS/URPS
		3.3-2	Développement l'offre d'ateliers améliorant le bien être des personnes en ALD	HIHL, Ligue, Siel Bleu...	CPAM/MSA
		3.3-3	Facilitation de l'implantation de programmes ETP ambulatoires en lien avec les MSP	ARS, MSP, professionnels de santé libéraux	ARS/HIHL
3.4	Améliorer les conditions de retour à domicile après hospitalisation	3.4-1	Anticipation du retour au domicile, optimisation de la préparation du retour en lien avec les services d'accompagnement et de soins	HIHL, CHU, Polyclinique, acteurs du domicile, professionnels de santé, PTA, MSA et caisses de retraite (ARDH)	ARS/CD

AXE 4 Aménager des cadres de vie favorables à la santé des populations					
Objectifs Opérationnels		**Actions**		**acteurs partenaires**	**pilote(s) proposé(s)**
4.1	Renforcer la prise en compte des composantes santé dans les décisions publiques (déclinaison de l'action 8 du PRSE 2017-2021)	4.1-1	Expérimenter la mise en œuvre d'une Evaluation d'Impact sur la Santé sur un projet d'urbanisme ou d'équipement collectif du territoire HLEM	Collectivités, ARS, DDT 87, ORS, IREPS	ARS/Com Com HLEM
		4.1-2	Conforter la thématique santé environnement dans le futur PLUi HLEM		DDT/Com Com HLEM
4.2	Protéger la santé des jeunes enfants (déclinaison de l'objectif stratégique n°4 du PRSE 2017-2021)	4.2-1	Organiser des conférences à destination des élus et des personnels des établissements accueillant des jeunes enfants aux risques chimiques et notamment aux perturbateurs endocriniens	Collectivités, EAJE associatifs, CAF, Conseil Départemental, DSDEN, DREAL, DDT, Mutualité Française Limousin, WECF, autres opérateurs...	ARS/Com Com HLEM
		4.2-2	Organiser des présentations du guide recocrèches auprès des Etablissements d'Accueil des Jeunes Enfants (EAJE) et des Relais d'Assistantes Maternelles (RAM)		ARS/CD(PMI)/CAF
		4.2-3	Organiser des ateliers destinés aux parents des enfants fréquentant les EAJE sur l'amélioration de l'environnement intérieur de vie du jeune enfant		ARS/CD(PMI)/CAF
4.3	Lutter contre l'habitat dégradé et présentant des risques pour la santé	4.3-1	Promouvoir la mise en œuvre d'une opération permettant le repérage et le traitement de logements dégradés	Collectivités, CCAS, DDT87, ANAH, CAF, CD87, CAUE, SOLIHA, Espace Info Energie, ADIL, MSA	DDT/Com Com HLEM
		4.3-2	Sensibiliser les propriétaires de logements qui s'engagent dans des travaux de réhabilitation à la qualité de l'air intérieur en général et au radon en particulier		DDT/ARS