

CONTRAT LOCAL DE SANTE

2018-2020

SOMMAIRE

PREAMBULE	3
Rappel du processus d'élaboration du contrat local de santé	5
Le diagnostic territorial et les propositions des groupes de travail	8
LE CONTRAT LOCAL DE SANTE 2018-2020.....	12
AXE STRATEGIQUE TRANSVERSAL : METTRE EN PLACE UNE VERITABLE COORDINATION DU CLS A L'ECHELLE DE LA COMMUNAUTE DE COMMUNES NOTAMMENT PAR LE RECRUTEMENT D'UN COORDINATEUR.....	13
PRESENTATION SYNOPTIQUE	15
DES MESURES OPERATIONNELLES POUR LA MISE EN ŒUVRE DES AXES ET OBJECTIFS : LES FICHES ACTIONS	17
AXE STRATEGIQUE N°1 : AMELIORER L'ACCES AUX DROITS, MOBILISER POUR ORIENTER ET ACCOMPAGNER DANS L'ACCES AUX DROITS	21
AXE STRATEGIQUE N°2 : AMELIORER L'ACCES AUX SOINS	24
AXE STRATEGIQUE N°3 : PARCOURS DE VIE ET DE SANTE DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER	28
AXE STRATEGIQUE N°4 : PARCOURS DES PERSONNES AYANY DES PRATIQUES ADDICTIVES.....	35
AXE STRATEGIQUE N°5 : AMELIORER LE PARCOURS DE VIE ET DE SANTE DES PERSONNES AGEES.....	51
AXE STRATEGIQUE N°6 : INTEGRATION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP.....	56
LA MISE EN ŒUVRE ET LE SUIVI DU CLS.....	5660
Annexe 1 : Priorisation des objectifs – Séminaire du 2 mars 2017	63

PREAMBULE

L'Organisation Mondiale de la Santé a défini **la santé** en 1946 dans le préambule de sa Constitution : « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition est complétée par le droit pour tous à la santé : « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient son origine, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale »¹.

En 1986, la Charte d'Ottawa a défini la **promotion de la santé** comme un « processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie. Il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que des capacités physiques. Ainsi donc la promotion de la santé ne relève pas du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être ».

Les déterminants de la santé

Les « **déterminants de santé** » sont les facteurs personnels, sociaux ou environnementaux qui ont une relation de causalité avec la santé des individus ou des populations. Il s'agit :

- des caractéristiques individuelles irréductibles qui ont un impact sur la santé, comme l'âge, le sexe et le patrimoine génétique ;
- de l'influence du comportement personnel et du style de vie que l'individu peut contrôler en partie mais l'environnement social et physique aura une influence sur ses pratiques ;
- des réseaux sociaux autour de la personne et sur lesquels elle peut compter pour améliorer ses conditions de vie ;
- des facteurs matériels et structurels influençant l'état de santé (logement, travail, accès aux services...) ;
- des conditions socio-économiques, culturelles et environnementales d'un territoire.

Les réactions aux divers déterminants de la santé sont très variables d'un individu à l'autre. La quasi-totalité des recherches montre cependant que les effets néfastes sur la santé sont d'autant plus importants qu'ils affectent des populations dont les revenus et/ou le niveau scolaire sont bas.

Lorsque les acteurs locaux, les institutions, les acteurs politiques visent l'amélioration de la santé de la population, il leur est donc nécessaire de mobiliser les différents secteurs et mettre en œuvre conjointement les partenariats utiles.

C'est notamment ce qui fonde la **Stratégie nationale de santé**, qui définit le cadre de la politique de santé pour les 5 années à venir. Celle-ci repose sur quatre thèmes prioritaires : la promotion de la santé et prévention, la lutte contre les inégalités sociales et territoriales, la qualité et pertinence des soins, l'innovation et la place des citoyens dans la gouvernance du système de santé.

Parmi les principes d'actions retenus, il y a la mobilisation de toutes les politiques publiques au bénéfice de la santé, la construction des stratégies d'actions avec toutes les parties prenantes et l'adaptation aux territoires.

¹ Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948. La définition n'a pas été modifiée depuis 1946

LA PLACE DU CONTRAT LOCAL DE SANTE

Le contrat local de santé (CLS) a pour vocation de mettre en œuvre ce partenariat local autour des questions de santé et faciliter celle du projet régional de santé.

En soutenant et renforçant les dynamiques locales de santé, il vise à favoriser la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, au travers de :

- l'amélioration des contextes environnementaux et sociaux qui déterminent, à plus ou moins long terme, l'état de santé des populations au niveau local (problèmes de pollution, enclavement en matière de transport, etc) ;
- 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 ainsi que des acteurs du territoire.

Le projet régional de santé 1 a défini trois axes stratégiques qui sont le maintien et le renforcement de l'accès à la santé, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, le renforcement et la garantie de la qualité, de l'efficacité et de la performance des dispositifs et des organisations, ainsi que des priorités thématiques dont :

- la santé mentale,
- les addictions,
- la périnatalité et la petite enfance,
- le cancer,
- le handicap et le vieillissement,
- les maladies chroniques,
- la santé environnementale.

Par ailleurs, le contrat local de santé s'attache à mettre en œuvre sur le territoire de la communauté de communes les mesures prévues par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, notamment dans les priorités retenues au regard des besoins identifiés du territoire :

- Renforcer la prévention et la promotion de la santé,
- Faciliter au quotidien le parcours de santé des personnes concernées,
- Innover pour garantir la pérennité des organisations et des réponses,
- Renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire.

La priorité est donnée aux mesures répondant aux situations de santé particulièrement préoccupantes pour la population de la Communauté de communes des Villes sœurs, mises en exergue par le diagnostic territorial initié par la communauté de communes et le pays, et confirmées par les travaux préparatoires au CLS avec l'ARS.

De par la loi, les villes ont une compétence en matière d'hygiène publique. A ce titre elles interviennent en faveur de la prévention et de la promotion de la santé, et mettent en œuvre des actions en lien avec le contrat de cohésion sociale, le programme de réussite éducative, les contrats de ruralité et le projet social de territoire qui s'articulent.

RAPPEL DU PROCESSUS D'ELABORATION DU CONTRAT LOCAL DE SANTE

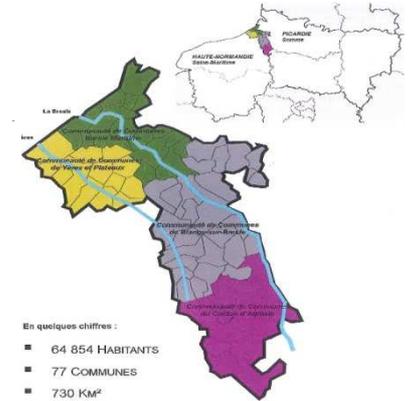
Le Pays interrégional Bresle Yères, s'est emparé de la question Santé et a été accompagné en 2012 par deux prestataires que sont l'ORS² et ENEIS conseil³.

Cette démarche a mobilisé très largement les institutions et les acteurs du territoire : Education Nationale, CPAM, CH de Eu, Collectivités Territoriales, Pays, professionnels de santé, ARS.

Les phases de diagnostic intéressent d'abord le Pays interrégional Bresle-Yères,

puis les deux communautés de communes-Bresle Maritime et Yères et Plateaux,

pour aboutir à un contrat local de santé qui soit acté par la nouvelle communauté de communes des Villes Sœurs.



Les dynamiques de territoire et les recommandations d'Eneis conseil

Le Pays Interrégional Bresle Yères regroupe 77 communes (71 fin 2017) issues de quatre anciennes Communautés de Communes (CC) que sont les CC Bresle maritime, Yères et plateaux, interrégionale de Blangy-sur-Bresle, du canton d'Aumale, dont deux sont interrégionales, soit 22 communes situées dans le Département de la Somme et 55 communes (49 fin 2017) situées dans le Département de Seine-Maritime.

² Collection Diagnostics Territoriaux de santé des pays de Picardie (et de Haute-Normandie), Vallées Bresle et Yères, ORS - observatoire régional de la santé et du social de Picardie avec l'aide de l'ORS Haute-Normandie, mai 2012

³ Pays Interrégional Bresle Yères Rapport de préconisations ENEIS Conseil, Décembre 2013

Au 1^{er} janvier 2017, les Communautés de Communes du Canton d'Aumale et Interrégionale de Blangy-sur-Bresle ont fusionné pour donner naissance à la Communauté de Communes Interrégionale Aumale Blangy-sur-Bresle. La Communauté de Communes Bresle Maritime et 7 Communes de l'ex Communauté de Communes Yères et Plateaux dissoute se sont unies à travers la Communauté de Communes des Villes Sœurs.

- La CC des villes sœurs, 28 communes, 38 402 Habitants,
- La CC Interrégionale Aumale-Blangy sur Bresle, 43 communes, 22219 Habitants

Les coopérations étaient engagées au travers d'une « *Charte de développement du Pays partagée entre les différents acteurs* » et contenant des dispositions *en termes d'aménagement et de maîtrise de l'espace, de préservation et de valorisation de la ressource en eau, de développement et de consolidation des activités économiques, agricoles, touristiques, de sensibilisation aux besoins de formation et de développement de l'accueil et de la solidarité tant en termes d'habitat, de transport que de services aux publics, d'accès à la culture et au sport.* ».

Ces coopérations ont pu aboutir à deux premiers contrats du Pays Interrégional Bresle Yères (du fait de l'interrégionalité) signés le 11 janvier 2010 par les Départements de Seine-Maritime et de la Somme, la Région Haute-Normandie, la Région Picardie, l'Etat et le Pays Bresle Yères.

En complément aux actions portées par les Communes, les Communautés de Communes, les syndicats et les organismes consulaires ou associatifs, le Pays a souhaité élaborer plusieurs stratégies à son échelle afin de disposer d'outils d'aide à la réflexion visant à définir les priorités du territoire dans différents champs : développement économique et touristique, **organisation des services aux publics et de santé**, élaboration d'une politique de l'habitat, réflexion sur les déplacements, valorisation du patrimoine verrier.

En matière d'offre de services de santé, ces communautés de communes partagent certaines caractéristiques mises en avant par le diagnostic territorial de santé des vallées Bresle et Yères réalisé par l'OR2S Picardie et l'ORS Haute-Normandie en concertation avec les Région Picardie et Haute-Normandie en 2012. Elles présentent des enjeux et objectifs communs, notamment la pérennisation des soins de premiers recours sur le territoire, souvent plus complexes à garantir en milieu rural, et de la prise en charge des personnes âgées et personnes en situation de handicap.

Ainsi, le Pays Interrégional Bresle Yères a souhaité fédérer les acteurs locaux et faire de la pérennisation de l'offre de services de santé primaires et du développement d'une approche globale de la santé coordonnée et adaptée aux besoins de la population intégrant la prévention et l'éducation à la santé, un projet de développement commun.

La démarche participative d'élaboration de la stratégie de développement du Pays en matière de santé a été réalisée en 3 temps, de janvier à décembre 2013 (Eneis conseil).

Trois scénarii de positionnement pour le Pays Interrégional Bresle Yères impactant différemment la déclinaison opérationnelle de la stratégie définie ont été proposés :

Un premier scénario proposait de maintenir le fonctionnement en cours et donc la pleine autonomie des communes et Communautés de communes en matière de stratégie, plan et action concernant le médico-social et la santé, une éventuelle contractualisation avec les partenaires institutionnels pouvant alors être envisagée par commune ou CC.

Un second Scénario envisageait la signature d'un Contrat Local de Santé (ou schéma de santé à l'échelle du Pays). Non porteur d'actions dans les champs du médico-social et de la santé mais en revanche amené à organiser l'animation d'une éventuelle contractualisation et à être garant de la mise en cohérence des plans, programmes et dispositifs locaux.

Le troisième scénario proposait que le pays soit porteur du Contrat Local de Santé et développement d'actions santé. Ce 3^{ème} scénario orientait le Pays vers une modification de ses statuts, le positionnant d'une part, en tant que porteur d'une éventuelle contractualisation avec les partenaires institutionnelles et d'autre part, en tant que porteur d'actions dans les champs du médico-social et de la santé.

Le positionnement du Pays en matière de santé en 2013 a conduit aux perspectives suivantes :

- Signature possible d'un Contrat Local de Santé (ou plan à l'échelle du Pays) et garant de la mise en cohérence des plans, programmes et dispositifs :
 - *Des orientations et un plan d'actions à l'échelle du Pays pouvant être contractualisé dans le cadre d'un CLS*
 - *Des actions portées par les communes ou CC*
 - *Une animation politique et éventuellement opérationnelle du plan d'actions ou CLS à l'échelle du Pays*
- Une pérennisation d'une mission d'observation, de réflexion et d'analyse des territoires à l'échelle du Pays dans le cadre du groupe « santé » du Conseil de Développement.

Les atouts étaient :

- la volonté d'homogénéiser les réponses et de gagner en équité territoriale
- la mise en place d'une approche globale visant l'amélioration de la cohérence territoriale et de la coordination des acteurs, des actions et des dispositifs
- la capacité à mettre en œuvre de déclinaisons territoriales ciblées et de prise en compte des spécificités des territoires
- l'organisation et l'identification d'un acteur en charge de l'observation, des études et de l'analyse des territoires
- une contractualisation simplifiée avec les partenaires institutionnels

Et les insuffisances de l'option ont été identifiées :

- Limitation des marges de manœuvre du Pays au portage du CLS, par la faiblesse des ressources en termes de mise en œuvre
- Contraintes en matière de coordination, concertation et conciliation entre CC et territoires
- Vigilance quant à lisibilité des actions et dispositifs, identification de modalités de coordination et de suivi des actions du plan
- Disparités possibles entre les territoires en termes d'investissements financiers et humains selon les objectifs et actions de santé engagées

Cette dynamique de Pays n'a finalement pas pu être soutenue par les acteurs locaux au-delà de 2013.

La politique Santé a dû ainsi être réorientée vers la mise en place d'un contrat local de santé avec les 2 communautés de communes de Bresle Maritime et Yères et plateaux dont les travaux ont été engagés en fin d'année 2015.

LE DIAGNOSTIC TERRITORIAL ET LES PROPOSITIONS DES GROUPES DE TRAVAIL

Les références :

- Diagnostics territoriaux de santé des Pays de Picardie (et de Haute Normandie) Vallées Bresles et Yères OR2S, Mai 2012
- Rapport pour l'élaboration de la stratégie de développement en matière de santé Pays interrégional Bresles-Yères ENEIS-Conseil, décembre 2013
- Données pour un diagnostic territorial par thème CLS des communautés de communes Bresles –Maritime et Yères et Plateaux Groupes de travail CLS, année 2016
- Données pour un diagnostic territorial partagé PRS 2 ARS Normandie, année 2016

Le diagnostic :

Les communautés de communes Bresle-Maritime et Yères et Plateaux au sein du pays Bresle-Yères, Pays interrégional Normandie/Haut de France, présentent des indicateurs socio-sanitaires particulièrement défavorables.

- Des indicateurs de fragilité de la population :
 - une population plus âgée qu'en région,
 - une population fragile socio-économiquement (la part des non diplômés, la proportion de foyers fiscaux non-imposés et le taux de chômage sont plus élevés qu'au niveau régional),
 - des indicateurs sanitaires défavorables (mortalité prématurée, surmortalité par cancers, par maladies de l'appareil circulatoire et par suicide).
- Une offre de santé limitée sur le territoire :
 - offre de prévention, promotion de la santé en cours de développement (Réseau Local de Prévention de la Santé, Collectif santé sur Eu/Le Tréport, Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie de l'Œuvre Normande des Mères, Inseraction, l'Ancrage...),
 - offre de soins à consolider : une faible attractivité pour les professionnels de santé tant en ambulatoire qu'en établissement de santé.

Au regard du diagnostic de territoire, deux priorités ont pu être identifiées :

- la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé par l'amélioration de l'accès à la santé et la continuité des parcours de vie et de santé,
- l'anticipation et l'accompagnement du vieillissement de la population.

Pour y répondre, 6 axes stratégiques ont été retenus : accès aux droits, accès aux soins, personnes âgées, personnes en situation de handicap, parcours cancer et addictions.

1. Accès aux droits :

- **Contexte :**
 - un constat de non recours aux soins malgré l'éligibilité aux dispositifs CMU (Couverture Maladie Universelle) et CMU-C (Couverture Maladie Universelle Complémentaire)
 - la nécessité de compléter un diagnostic à réaliser par des données Assurance Maladie, CCAS, PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé)...

- **Objectifs :**
 - proposer un plan d'actions permettant de repérer et traiter les situations de non droits

2. Accès aux soins :

- **Contexte :**
 - un déficit démographique des professions de santé important,
 - un établissement de santé qui n'offre pas toute la palette des consultations spécialisées in situ,
 - un déficit important des innovations aussi bien en termes d'organisation entre professionnels qu'en termes d'introduction des nouvelles techniques et innovations,
 - et des différences entre territoires de la CC :
 - **Territoire Yères et plateaux :**
 - Un territoire déficitaire en médecins généralistes : faible densité, médecins de plus de 55 ans,
 - peu de masseurs kinésithérapeutes par rapport à la région, plus de 55 ans,
 - absence de chirurgiens-dentistes.
 - **Territoire des communes de Bresle Maritime :**
 - fragile concernant les médecins généralistes au regard de la densité,
 - plutôt bien dotée en chirurgiens-dentistes mais 1/3 à plus de 60 ans,
 - mieux dotée en infirmiers libéraux : densité supérieure à la moyenne régionale,
 - dotation du territoire en professionnels paramédicaux.
- **Objectifs :**
 - consolider l'offre de soins de premier recours en partenariat avec les professionnels de santé du territoire,
 - consolider l'offre de second recours (spécialités à définir) en garantissant l'accès aux soins non programmés ainsi que l'accès distant (télémédecine),
 - garantir l'accès aux soins non programmés sur le territoire et une prise en charge de qualité de l'urgence.

3. Personnes âgées

- **Contexte :**
 - une population plus âgée qu'en région,
 - une population fragile socio économiquement,
 - un dispositif MAIA encore en développement laissant des points de rupture,
 - une coordination des acteurs insuffisante.
- **Objectifs :**
 - réaliser un état des lieux pour mieux identifier les points de rupture (repérage de la fragilité) et proposer en fonction de ces points de rupture :
 1. le maillage des services d'aides à domicile,
 2. les modalités d'amélioration des sorties d'hospitalisation,
 3. les actions en direction des aides aux aidants : répit...
 4. les actions pouvant être soutenues par les collectivités (logement, transports, loisirs/culture...).
 - Développer la prévention.

4. Personnes en situation de handicap

- **Contexte**
 - Inadaptation du regard des personnes face au handicap, et exclusions,
 - Insuffisances d'accès aux soins des personnes en situation de handicap,
 - Insuffisante intégration et défauts d'accès à la cité (Culture, sport, associations...),
 - Evolution et relocalisation de l'IME/SESSAD à EU nécessitant la réussite de son intégration dans ce nouvel environnement.

- **Objectifs :**
 - Changer le regard sur le handicap et mener des actions d'information et de sensibilisation,
 - Renforcer l'accès aux soins,
 - Intégrer le nouvel établissement IME/SESSAD dans son environnement
 - Adapter le projet d'établissement de l'IME et du SESSAD à l'évolution des besoins des jeunes en termes d'insertion sociale et professionnelle (jeunes avec troubles du spectre autistique...).
 1. Renforcer les collaborations avec le CH de Dieppe et EU ainsi qu'avec les professionnels libéraux médicaux et para médicaux du territoire
 2. Faciliter la mobilité des jeunes
 3. Renforcer l'Inclusion en milieu scolaire
 4. Favoriser l'accès à la cité

5. Parcours cancer

- **Contexte**
 - Une surmortalité par cancer par rapport à la région
 - Des déterminants de santé défavorables qui génèrent des inégalités sociales et territoriales de santé face au cancer
 - Des pratiques addictives (tabac, alcool) particulièrement défavorables
 - Des taux de participation au dépistage organisé des cancers du sein et colorectal inférieurs à ceux observés en région et surtout pour les communes du territoire Yères et Plateaux
 - Enfin une offre spécialisée distante et des retards et renoncements aux soins

- **Objectifs :**

Retenir à l'échelle du territoire les dispositions du plan cancer 3 qui a bien identifié les actions à mettre en œuvre et listées dans la feuille de route régionale

 - En termes de prévention, promotion de la santé:
 - Mieux dépister les cancers du col de l'utérus, du sein, et colorectaux,
 - Développer l'Education thérapeutique
 - Renforcer la prise en charge des comportements d'addiction
 - Développer l'exercice physique

 - S'agissant des Soins :
 - Renforcer la lisibilité territoriale de l'offre du territoire de Dieppe puis régionale
 - Mieux organiser les parcours patients au sein des établissements de santé de Dieppe puis régionaux:
 - Renforcer les moyens techniques et innovants (imagerie, dossier commun en cancérologie...)

6. Addictions

- **Contexte :**
 - Une situation dégradée au regard des moyennes régionales, qu'il s'agisse des niveaux de consommation actuels ou des indicateurs de morbidités et de mortalités,
 - Une situation objectivée sur les problématiques liées à l'alcool et au tabac. Les problématiques addictives sont moins documentées sur les produits illicites. Pour autant, ces problématiques ne sont pas à exclure (notamment dans le cadre du développement des polyconsommations),
 - des difficultés aggravées par la faiblesse de l'offre spécialisée en addictologie sur le territoire, qu'il s'agisse de la prévention, de l'accompagnement médico-social ou de l'hospitalisation.

- **Objectifs :**

Déterminer et structurer la réponse sur le territoire :

 - en définissant les modalités d'une action combinée entre acteurs « de première ligne » (professionnels de santé libéraux, travailleurs sociaux, acteurs de l'Education nationale...) et acteurs spécialisés en addictologie,
 - en assurant l'appropriation par les acteurs du territoire des bonnes pratiques d'intervention,
 - en déclinant cette réflexion sur les différents champs d'intervention de l'addictologie (prévention, réduction des risques, intervention précoce, accompagnement et soins).

Ces priorités s'inscrivent dans le cadre du Projet Régional de Santé 2, en cours d'élaboration. Elles sont en cohérence avec la nouvelle Stratégie nationale de santé (SNS), qui définit le cadre des politiques de santé pour les 5 prochaines années. L'axe 1 de la SNS porte sur la mise en place d'une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie. L'axe 2 porte sur la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé.

LE CONTRAT LOCAL DE SANTE 2018-2020

Entre d'une part,

L'Agence régionale de santé de Normandie représentée par Madame Christine GARDEL, Directrice Générale

Et d'autre part,

La Communauté de Communes des Villes Sœurs représentée par son président Monsieur Alain BRIERE

Il est convenu ce qui suit :

LE PERIMETRE DU CONTRAT LOCAL DE SANTE 2018-2020

Le Contrat local de santé est décliné sur le territoire de la Communauté de commune des Villes Sœurs. Il s'adresse à toutes les personnes concernées ainsi qu'aux publics identifiés comme fragilisés ou potentiellement fragiles selon le principe de l'universalisme proportionné.

Outil de territorialisation des politiques de santé, les CLS concrétisent la mise en œuvre du Projet régional de santé de Normandie (PRS) dans les territoires. Le PRS2 sera arrêté au cours du 1^{er} semestre 2018. Les cocontractants s'engagent à réviser le présent CLS afin d'y intégrer les objectifs du PRS2 et assurer ainsi le déploiement de la politique régionale de manière adaptée sur le territoire de la Communauté de communes de Villes sœurs.

LES PRIORITES DU CONTRAT LOCAL DE SANTE 2018-2020

Dans la continuité du travail engagé depuis 2013, ce CLS s'articule autour de deux priorités que sont :

- la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé par l'amélioration de l'accès à la santé et à la continuité des parcours de vie et de santé,
- l'anticipation et l'accompagnement du vieillissement de la population.

LES AXES STRATEGIQUES DU CONTRAT LOCAL DE SANTE 2018-2020 ET LEUR DECLINAISON EN OBJECTIFS OPERATIONNELS ET FICHES ACTIONS

6 axes stratégiques structurent ce contrat local de santé. Ils sont déclinés en objectifs opérationnels et détaillés dans des fiches actions.

Pour mettre en œuvre cette stratégie et faire vivre ce projet, une coordination de la démarche s'avère indispensable.

C'est pourquoi, un axe stratégique transversal aux 6 axes stratégiques est consacré à la mise en place de cette coordination et vient consolider le projet global présenté ci-après.

AXE STRATEGIQUE TRANSVERSAL :

METTRE EN PLACE UNE VERITABLE COORDINATION DU CLS A L'ECHELLE DE LA COMMUNAUTE DE COMMUNES NOTAMMENT PAR LE RECRUTEMENT D'UN COORDINATEUR

La nécessité d'une coordination ne fait pas de doute pour l'ensemble des acteurs qu'ils soient ARS, institutionnels ou représentants des collectivités territoriales.

En conséquence, l'ARS et la Communauté de communes des Villes Sœurs conviennent du recrutement d'un coordonnateur pour toute la durée du CLS (3 ans), sur un temps plein.

Le financement est réparti à hauteur de 50% pour l'ARS - dans la limite de 25 000 € par an - et 50% pour la Communauté de communes des Villes sœurs. Le recrutement est assuré par la Communauté des Villes Sœurs.

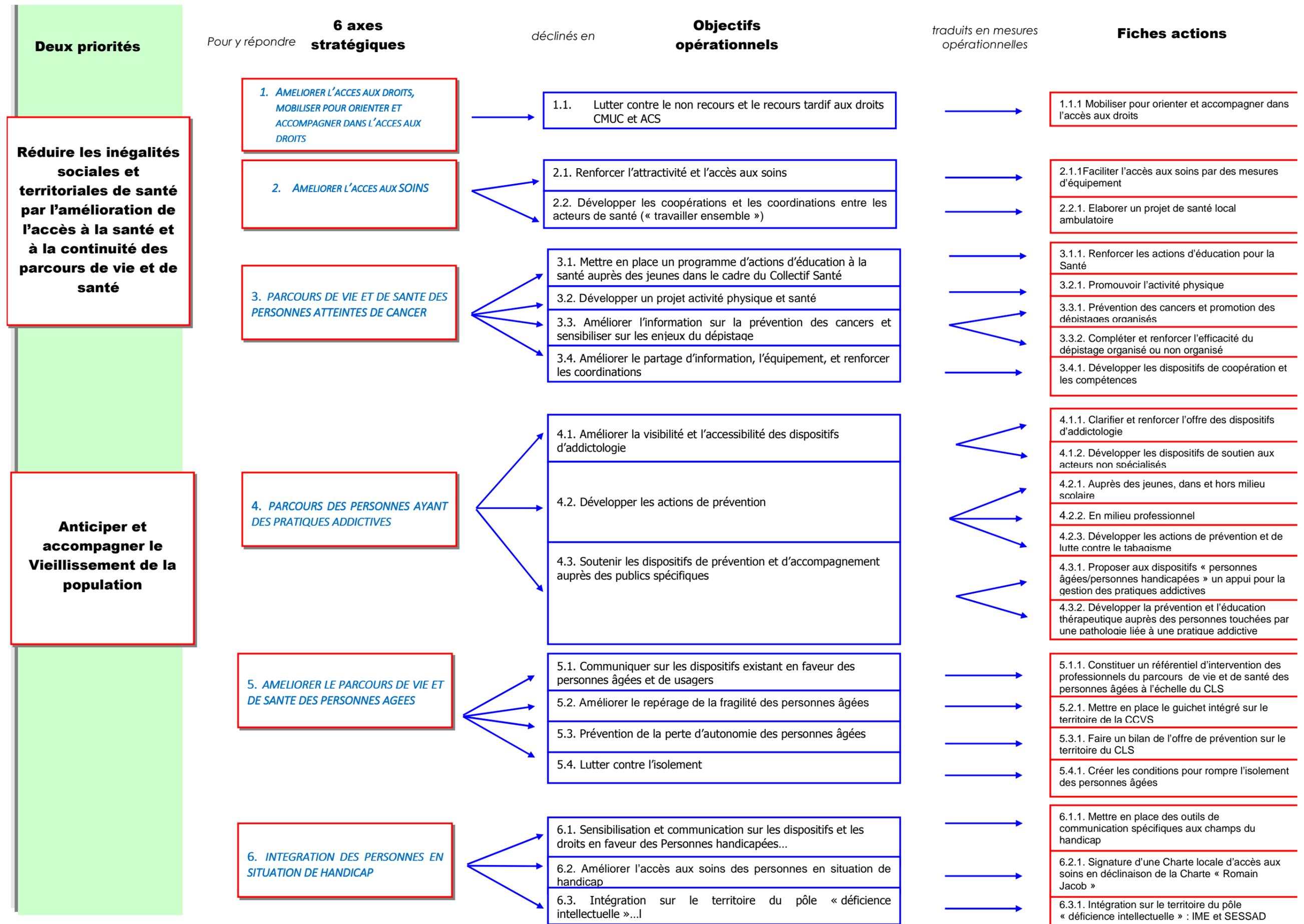
Les missions principales du coordinateur santé seront organisées autour des axes de travail suivants :

- Accompagner la mise en œuvre du CLS et participer à son animation ;
- suivre et mettre à jour le diagnostic santé au fur et à mesure de la mise en œuvre des actions ;
- identifier et mobiliser les sources de financement complémentaires ;
- favoriser et faciliter l'intervention des acteurs de santé sur la Communauté de Communes des Villes Sœurs (ex: Boussole, IREPS...) ;
- mobiliser les réseaux et développer le partenariat ;
- coordonner les actions santé mises en œuvre par les différentes communes de la communauté des villes sœurs ;
- informer les acteurs sur la démarche du Contrat Local de Santé ;
- développer et optimiser le parcours de santé des habitants ;
- assurer l'interface entre les signataires du CLS ;
- impulser le déploiement des acteurs sur l'ensemble du territoire.

Six thèmes ont été construits et documentés par les groupes de travail. Les objectifs proposés lors du séminaire du 2 mars 2017, ont fait l'objet d'une priorisation présentée en annexe 1.

La déclinaison des 6 axes stratégiques en objectifs opérationnels traduits dans des fiches actions est donc la suivante :

PRESENTATION SYNOPTIQUE DE LA STRATEGIE DU CONTRAT LOCAL DE SANTE



**DES MESURES OPERATIONNELLES POUR LA MISE EN
ŒUVRE DES AXES ET OBJECTIFS :
LES FICHES ACTIONS**

PRESENTATION DU CONTENU D'UNE FICHE TYPE

FICHE TYPE DU CONTRAT LOCAL DE SANTE
PRESENTATION DE SON CONTENU

Thème :	sujet sur lequel est développée la fiche action. 6 thèmes majeurs ont conduit les réflexions dans l'élaboration de ce CLS : Accès aux droits, Accès aux soins, Cancer, Addictologie, Personnes âgées, Personnes en situation de handicap	
Axe stratégique	<p>Pour répondre à ces deux grandes priorités (réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, anticiper et accompagner le vieillissement de la population), 6 axes stratégiques forment la stratégie du CLS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Améliorer l'accès aux droits, mobiliser pour orienter et accompagner dans l'accès aux droits 2. Améliorer l'accès aux soins 3. Parcours de vie et de santé des personnes atteintes de cancer 4. Parcours des personnes ayant des pratiques addictives 5. Améliorer le parcours de vie et de santé des personnes âgées 6. Intégration des personnes en situation de handicap 	
Objectif opérationnel	Chaque axe stratégique est décliné en un ou plusieurs objectifs opérationnels.	
Action : c'est une traduction en mesure opérationnelle de l'objectif et de l'axe auxquels elle est rattachée		
Descriptif des actions et année de début des travaux	Date de démarrage envisagée de l'action	Présentation du contenu de l'action
Commentaires	Précision apportée au descriptif de l'action en vue d'apporter des éléments éclaircissants l'action ou tout complément utile à sa compréhension ou son illustration	
Pilotes	Organismes, structures à qui sont confiés la conduite de l'action.	
Territoire de l'action	Périmètre retenu pour l'élaboration de l'action	
Public visé	Ensemble des personnes, structures concernées par l'action, qui en sont bénéficiaires	
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	Ensemble des personnes, structures associées dans la réalisation de l'action	
Indicateurs d'évaluation	Outils permettant d'apprécier la réalisation de l'action et si celle-ci a participé à répondre à l'objectif fixé	
Budget prévisionnel de l'action et source de financement	<p>Chiffrage envisagé des dépenses et des recettes pour la réalisation de l'action</p> <p>Structures susceptibles d'apporter leur concours financier au projet</p>	
Calendrier	Echéancier de réalisation de l'action	

Chacune des fiches action du présent contrat devra faire l'objet d'une déclinaison opérationnelle notamment par l'établissement d'un calendrier détaillé de réalisation qui s'appuiera le cas échéant sur le travail de priorisation réalisé dans le cadre du séminaire santé du 2 mars 2017 et par la détermination de l'éventuel budget prévisionnel à y consacrer.

LES FICHES ACTIONS

DECLINAISONS DES AXES ET OBJECTIFS

AXE STRATEGIQUE N°1 :

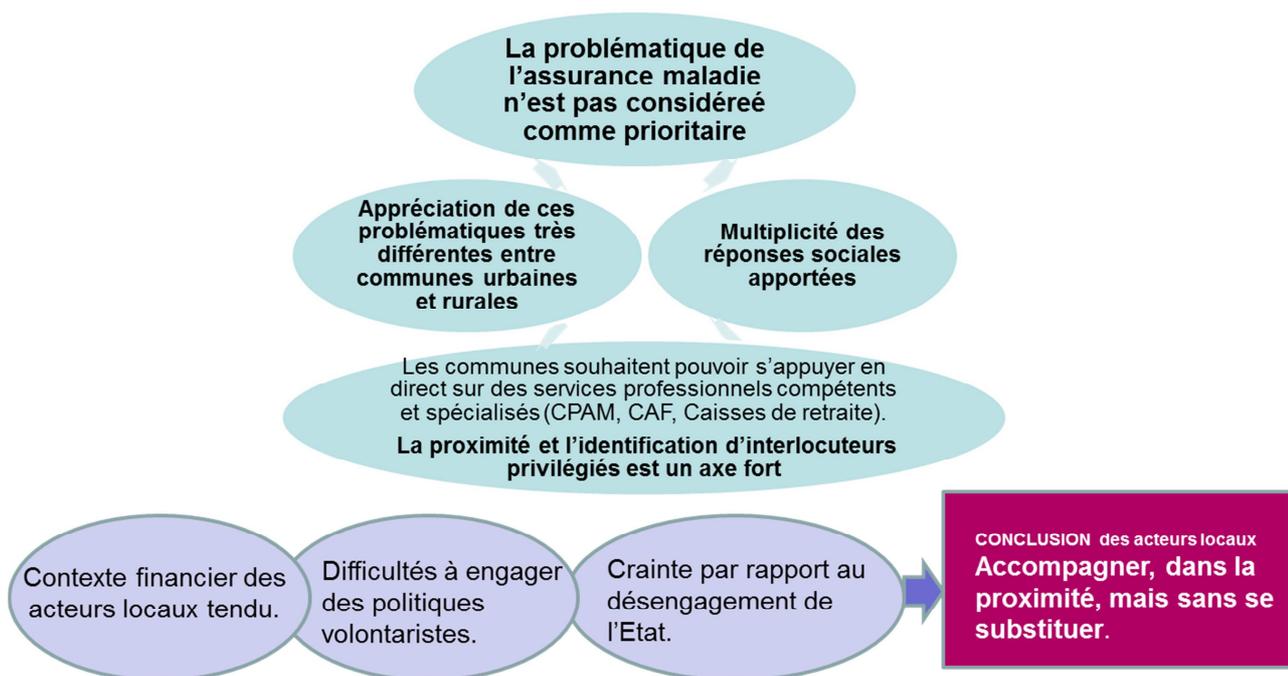
AMELIORER L'ACCES AUX DROITS, MOBILISER POUR ORIENTER ET ACCOMPAGNER DANS L'ACCES AUX DROITS

OBJECTIF OPERATIONNEL 1.1. LUTTER CONTRE LE NON RECOURS ET LE RECOURS TARDIF AUX DROITS CMUC ET ACS
Fiche action 1.1.1. Mobiliser pour orienter et accompagner dans l'accès aux droits

L'approche territoriale : une corrélation établie entre non recours et seuil de pauvreté monétaire.

Quels moyens pour l'accès aux droits ?

- Organiser l'information et la formation continue de relais locaux institutionnels, associatifs ou bénévoles.
- Optimiser l'orientation, la complétude, la gestion et la transmission des dossiers de demande de CMU-C et d'ACS entre les partenaires locaux.
- Renforcer l'accès aux tarifs sociaux du gaz naturel et de l'électricité à l'égard des publics précaires.



Recherche de solutions aux problématiques du non-recours et de l'accompagnement : un programme d'action contractualisé.

Action 1.1.1 : Mobiliser pour orienter et accompagner dans l'accès aux droits

<i>thème : Accès aux droits</i>	
Axe stratégique 1	AMELIORER L'ACCES AUX DROITS, MOBILISER POUR ORIENTER ET ACCOMPAGNER DANS L'ACCES AUX DROITS
Objectif opérationnel 1.1	Lutter contre le non recours et le recours tardif aux droits CMUC et ACS.

Intitulée de l'Action 1.1.1 : Mobiliser pour orienter et accompagner dans l'accès aux droits	
Descriptif des actions et année de début des travaux	<p>2018</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mobiliser les acteurs sociaux, administratifs et associatifs sur l'accès aux droits des bénéficiaires précaires. b. Proposer et signer une convention intégrant des niveaux de contributions réciproques adaptés aux moyens des acteurs locaux. c. Mettre en œuvre les formations et les procédures d'accompagnement prévues par la convention. d. Evaluer les effets de cet accompagnement sur l'accès aux droits des bénéficiaires du territoire du CLS.
Commentaires	
Pilotes	CPAM et les CCAS
Territoire de l'action	Territoire de la Communauté de communes des Villes Sœurs
Public visé	Tout public dont les droits ne sont pas ouverts
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	Travailleurs sociaux, administratifs et associatifs du territoire, ...
Indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'adhérents à la convention - Nombre de professionnels formés - Nombre d'assurés accompagnés - Evolution du taux de population couverte par les dispositifs CMUC et ACS
Budget prévisionnel de l'action et source de financement	<p>les moyens qui seront notamment utilisés :</p> <p>Mise à disposition de personnel de la CPAM pour les formations.</p>
Calendrier	2018 à mi 2019

AXE STRATEGIQUE N°2 :

AMELIORER L'ACCES AUX SOINS

OBJECTIF OPERATIONNEL 2.1. RENFORCER L ATTRACTIVITE ET L ACCES AUX SOINS

Action 2.1.1 : Faciliter l'accès aux soins par des mesures d'équipement

Action 2.1.2 : Elaborer un projet de santé local ambulatoire

Le Constat de la Communauté de Communes des Villes Sœurs est celui d'un déficit plurifactoriel à la fois démographique des professions de santé important, d'une offre de consultations spécialisées incomplète et insuffisamment organisée, de mise en œuvre des innovations aussi bien en terme d'organisation entre professionnels qu'en terme d'introduction des nouvelles techniques et innovations.

Pour mieux répondre aux problèmes de santé prioritaires du territoire, il est convenu de consolider l'offre de soins de premier recours en partenariat avec les professionnels de santé du territoire et les structures hospitalières existantes, consolider l'offre de second recours (spécialités à définir) en garantissant l'accès aux soins non programmés ainsi que l'accès distant (télémédecine), et garantir l'accès aux soins non programmés sur le territoire. **Deux actions seront menées en parallèles** et en lien avec d'une part le GHT Caux-Maritime, d'autre part l'ensemble des professionnels de santé du territoire dans le cadre d'un véritable projet de santé local.

Action 2.1.1 : Faciliter l'accès aux soins par des mesures d'équipement

<i>thème : Accès aux soins</i>	
Axe stratégique 2	PARCOURS DE VIE ET DE SANTE : AMELIORER L'ACCES AUX SOINS DE SANTE
Objectif opérationnel 2.1	Renforcer l'attractivité et l'accès aux soins

Intitulée de l'Action 2.1.1 : Faciliter l'accès aux soins par des mesures d'équipement		
Descriptif des actions et année de début des travaux	2018	<ul style="list-style-type: none"> a. élaborer un plan de développement Ville-hôpital et préserver l'accès aux soins de première urgence b. 1.2 : mettre en place la télémédecine et les consultations avancées. En faciliter l'accès aux professionnels c. 1.3 : développer l'attractivité par la formation et la maîtrise de stage: Internat
Commentaires	Ces actions doivent s'inscrire notamment dans le cadre des filières prioritaires définies dans le PMP (Projet Médical Partagé) du GHT (Groupement Hospitalier Territorial) Caux Maritime. Les conditions d'attractivité mériteraient d'être renforcées par des mesures qui relèvent du niveau national.	
Pilotes	Collectivités territoriales, ARS, assurance maladie, Professionnels de santé, GHT	
Territoire de l'action	Territoire de la Communautés de communes des Villes Sœurs	
Public visé	Tout public	
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	Professionnels de santé du territoire et du GHT, ...	
Indicateurs d'évaluation	Convention de coopération	
Budget prévisionnel de l'action et source de financement	A définir le cas échéant	
Calendrier	A définir	

Action 2.2.1 : Elaborer un projet de santé local ambulatoire

<i>thème : Accès aux soins</i>	
Axe stratégique 2	PARCOURS DE VIE ET DE SANTE : AMELIORER L'ACCES AUX SOINS DE SANTE
Objectif opérationnel 2.2	Développer les coopérations et les coordinations entre les acteurs de santé (« travailler ensemble »)

Intitulée de l'Action 2.2.1 : Elaborer un projet de santé local ambulatoire		
Descriptif des actions et année de début des travaux	2018	<ul style="list-style-type: none"> a. élaborer un programme et développer les pratiques collaboratives b. mettre en place d'une coordination des acteurs c. mettre en place un système d'information partagé d. développer des protocoles partagés (cercle qualité) e. renforcer la spécialisation en santé publique
Commentaires	Outre l'amélioration des conditions d'exercice mutualisé des professionnels de santé, des actions systémiques connexes seraient des facteurs de réussite : transport et désenclavement, numéros clausus.	
Pilotes	ARS, GHT, Collectivités territoriales	
Territoire de l'action	Territoire de la Communautés de communes des Villes Sœurs	
Public visé	Tout public	
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	Professionnels de santé du territoire et du GHT, ...	
Indicateurs d'évaluation	Convention territoriale	
Budget prévisionnel de l'action et source de financement	A définir le cas échéant	
Calendrier	2018-2019	

AXE STRATEGIQUE N°3

PARCOURS DE VIE ET DE SANTE DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER

OBJECTIF OPERATIONNEL 3.1. METTRE EN PLACE UN PROGRAMME D' ACTIONS D' EDUCATION A LA SANTE AUPRES DES JEUNES DANS LE CADRE DU COLLECTIF SANTE

ACTION 3.1.1 : RENFORCER LES ACTIONS D' EDUCATION POUR LA SANTE

OBJECTIF OPERATIONNEL 3.2. DEVELOPPER UN PROJET ACTIVITE PHYSIQUE ET SANTE

ACTION 3.2.1 : PROMOUVOIR L' ACTIVITE PHYSIQUE

OBJECTIF OPERATIONNEL 3.3. AMELIORER L' INFORMATION SUR LA PREVENTION DES CANCERS ET SENSIBILISER SUR LES ENJEUX DU DEPISTAGE

ACTION 3.3.1 : PREVENTION DES CANCERS ET PROMOTION DES DEPISTAGES ORGANISES

ACTION 3.3.2 : COMPLETER ET RENFORCER L' EFFICACITE DU DEPISTAGE ORGANISE OU NON ORGANISE

OBJECTIF OPERATIONNEL 3.4. AMELIORER LE PARTAGE DE L' INFORMATION, L' EQUIPEMENT , ET RENFORCER LES COORDINATIONS

Action 3.4.1 : Développer les dispositifs de coopération et les compétences

Surmortalité par cancer, déterminants de santé défavorables qui génèrent des inégalités sociales et territoriales de santé face au cancer, pratiques addictives (Tabac, alcool) particulièrement défavorables, sont autant de caractéristiques du territoire, auxquelles il faut ajouter les difficultés d'accès aux soins notamment par une offre spécialisée distante.

Les actions menées jusqu'à présent ont amélioré la situation néanmoins insuffisamment au regard des indicateurs de résultats et de ceux de l'évaluation des campagnes de dépistage organisé notamment des cancers du sein et colorectaux.

La mise en œuvre du plan cancer III à l'échelle du territoire **doit permettre d'améliorer la situation à la fois en termes de prévention, d'accès aux soins, de prise en charge, de prévention de la récurrence.**

Action 3.1.1 : Renforcer les actions d'éducation pour la santé

<i>thème : Cancer</i>	
Axe stratégique 3	PARCOURS DE VIE ET DE SANTE DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER
Objectif opérationnel 3.1	Mettre en place un programme d'actions d'éducation à la santé auprès des jeunes dans le cadre du Collectif Santé

Intitulé de l'Action 3.1.1 : Renforcer les actions d'éducation pour la santé		
Descriptif des actions et année de début des travaux	2018	<p>a. Mobiliser les établissements scolaires, les associations sportives, les structures socio-éducatives</p> <p>b. 1.2 Elaborer un programme d'actions sur les déterminants de santé (alcool, nutrition, activités physiques) : Intégrant en particulier les compétences psychosociales Associant les partenaires extérieurs et les familles En veillant à l'articulation avec les autres dispositifs sociaux (parentalité, accompagnement RSA, missions locales...)</p>
Commentaires	Le Collectif Santé est déjà structuré avec un comité technique	
Pilotes	Collectif santé	
Territoire de l'action	Périmètre du territoire du Collectif Santé à étendre au territoire des Villes Sœurs	
Public visé	Jeunes scolarisés ou non	
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	Education Nationale, Collèges, Lycées, Missions locales, Collectivités Locales, Centres Sociaux, ...	
Indicateurs d'évaluation	A établir dans le cadre du programme d'actions Nombre d'acteurs mobilisés	
Budget prévisionnel de l'action et source de financement	A définir le cas échéant	
Calendrier	2018 : 1 ^{ère} mobilisation des acteurs et élaboration du programme d'actions 2019 : mise en œuvre du programme d'actions 2020 : évaluation et mise au point d'un nouveau programme d'actions CLS II de la CCVS (2021-2024)	

Action 3.2.1 : Promouvoir l'activité physique

<i>thème : Cancer</i>	
Axe stratégique 3	PARCOURS DE VIE ET DE SANTE DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER
Objectif opérationnel 3.2	Développer un projet activité physique et santé

Intitulé de l'Action 3.2.1 : Promouvoir l'activité physique		
Descriptif des actions et année de début des travaux	2018	<ul style="list-style-type: none"> a. Mettre en place un groupe de travail visant à informer de l'intérêt de l'activité physique comme facteur de santé pour tous b. Elaborer un projet visant à développer une offre d'activités physiques et à en faciliter l'accès c. Identifier les organismes habilités et les programmes sportifs et d'exercice physique de droit commun d. Accompagner par des dispositifs de disponibilité (piscine et activités adaptées, favoriser l'accès financier (Chèques sports, renforcer les pratiques de prescription, élargir les actions du collectif sein existant)
Commentaires		
Pilote	Communautés de communes des Villes Sœurs	
Territoire de l'action	Territoire de la Communautés de Communes des Villes Sœurs	
Public visé	Personnes en situation de vulnérabilité : par la maladie, le handicap, les conditions socio-économiques, l'âge	
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	Professionnels de santé et du sport Collectivités territoriales Education nationale Centres sociaux et associations UTAS (Unité Territoriale d'action sociale), ...	
Indicateurs d'évaluation	Seront proposés par le pilote	
Budget prévisionnel de l'action et source de financement	A définir le cas échéant	
Calendrier	A définir	

Action 3.3.1 : Prévention des cancers et promotion des dépistages organisés

<i>thème : Cancer</i>	
Axe stratégique 3	PARCOURS DE VIE ET DE SANTE DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER
Objectif opérationnel 3.3.	Améliorer l'information sur la prévention des cancers et sensibiliser sur les enjeux du dépistage

Intitulé de l'Action 3.3.1 : Prévention des cancers et promotion des dépistages organisés		
Descriptif des actions et année de début des travaux	2018	<p>a. réaliser un état des lieux : recenser les données locales (taux de participation), recenser les acteurs impliqués</p> <p>b. promouvoir le dépistage organisé des cancers via les professionnels de santé du territoire</p> <p>c. impliquer les collectivités territoriales dans les campagnes de sensibilisation du dépistage</p> <p>d. construire et organiser le réseau des correspondants pour</p> <ul style="list-style-type: none"> - toucher les patients - renforcer le tissu social et lutter contre l'isolement
Commentaires		
Pilotes	Collectivités territoriales, Emma, ARS, assurance maladie	
Territoire de l'action	Territoire de la Communautés de Communes des Villes Sœurs	
Public visé	Tout public et notamment le public concerné par les campagnes de dépistage organisé	
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	Emma, Ligue contre le cancer, Assurance Maladie (RG, MSA, RSI), professionnels de santé du territoire, acteurs sociaux, ...	
Indicateurs d'évaluation	Taux de participation des populations cibles aux campagnes de dépistage	
Budget prévisionnel de l'action et source de financement	A définir le cas échéant	
Calendrier	2018 : construction du projet 2019 : réalisation	

Action 3.3.2 : Compléter et renforcer l'efficacité du dépistage organisé ou non organisé

<i>thème : Cancer</i>	
Axe stratégique 3	PARCOURS DE VIE ET DE SANTE DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER
Objectif opérationnel 3.3	Améliorer l'information sur la prévention des cancers et sensibiliser sur les enjeux du dépistage

Intitulé de l'Action 3.3.2 : Compléter et renforcer l'efficacité du dépistage organisé ou non organisé		
Descriptif des actions et année de début des travaux	2018	<ul style="list-style-type: none"> a. mettre en place la dématérialisation des mammographies b. faciliter et former au dépistage ORL et à l'orientation (RPIB): acteurs Urgences, Dentistes. c. recueillir le Statut addictif dans le dossier commun de cancérologie (DCC) d. Proposer un programme de vaccination contre le papillomavirus (EN) e. à partir du tissu social, permettre et accompagner: <ul style="list-style-type: none"> - l'accord et la prise de RDV, - le transport - l'accompagnement par "ANCRAGE" à partir de CAF, ARS, Ville - la mobilisation des bénévoles f. difficulté d'organisation des prestataires de service par isolement social, absence de liens, habitat indigne: <ul style="list-style-type: none"> o extension de l'implication des CCAS et développement de pratiques communes à l'échelle de la CC
Commentaires		
Pilotes		Collectivités territoriales, Emma, ARS, assurance maladie
Territoire de l'action		Territoire de la Communautés de communes des Villes Sœurs
Public visé		Tout public et notamment le public concerné par les campagnes de dépistage organisé et celui des communes rurales
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre		Emma, Ligue contre le cancer, Assurance Maladie (RG, MSA, RSI), professionnels de santé du territoire, acteurs sociaux, associations, ...
Indicateurs d'évaluation		Evolution des taux de participation des populations cibles aux campagnes de dépistage
Budget prévisionnel de l'action et source de financement		A définir le cas échéant
Calendrier		dès 2018, à définir

Action 3.4.1 : Développer les dispositifs de coopération et les compétences

<i>thème : Cancer</i>	
Axe stratégique 3	PARCOURS DE VIE ET DE SANTE DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER
Objectif opérationnel 3.4.	Améliorer le partage d'information, l'équipement, et renforcer les coordinations

Intitulé de l'Action 3.4.1 : Développer les dispositifs de coopération et les compétences		
Descriptif des actions et année de début des travaux	A définir	<ul style="list-style-type: none"> a. renforcer les compétences professionnelles par la formation (chimiothérapie, prise en charge palliative, prise en charge de la douleur) b. mettre en place des actions d'éducation thérapeutique c. introduire les outils DCC, MSS, DMP, Télé-imagerie d. informatiser et partager e. élaborer un plan d'action d'amélioration de l'accès aux soins (groupe de travail pluridisciplinaire) (cf. fiche action 2.2.1) f. label "site associé" g. développer les consultations spécialisées (cf. fiche action 2.2.1) h. mettre en place un dispositif IDEC i. mettre à disposition un annuaire de l'offre et assurer sa mise à jour
Commentaires		
Pilotes	ARS, assurance maladie, GHT, Emma	
Territoire de l'action	Territoire de la Communautés de communes des Villes Sœurs	
Public visé	Tout public et notamment le public concerné par les campagnes de dépistage organisé, la prise en charge	
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	Emma, professionnels de santé du territoire, acteurs sociaux	
Indicateurs d'évaluation	Evolution des équipements et outils mis en place Mesure de l'accessibilité au DCC Programmes de formation	
Budget prévisionnel de l'action et source de financement	A définir le cas échéant	
Calendrier	A définir	

AXE STRATEGIQUE N°4

PARCOURS DES PERSONNES AYANT DES PRATIQUES ADDICTIVES

OBJECTIF OPERATIONNEL 4.1. AMELIORER LA VISIBILITE ET L'ACCESSIBILITE DES DISPOSITIFS D'ADDICTOLOGIE

Action 4.1.1. Clarifier et renforcer l'offre des dispositifs d'addictologie

Action 4.1.2. Développer les dispositifs de soutien aux acteurs non spécialisés

OBJECTIF OPERATIONNEL 4.2. DEVELOPPER LES ACTIONS DE PREVENTION

Action 4.2.1. Auprès des jeunes, dans et hors milieu scolaire

Action 4.2.2. En milieu professionnel

Action 4.2.3. Développer les actions de prévention et de lutte contre le tabagisme

OBJECTIF OPERATIONNEL 4.3. SOUTENIR LES DISPOSITIFS DE PREVENTION ET D'ACCOMPAGNEMENT AUPRES DES PUBLICS SPECIFIQUES

Action 4.3.1. Proposer aux dispositifs « personnes âgées/personnes handicapées » un appui pour la gestion des pratiques addictives

Action 4.3.2. Développer la prévention et l'éducation thérapeutique auprès des personnes touchées par une pathologie liée à une pratique addictive

Améliorer la visibilité et l'accessibilité des dispositifs d'addictologie

Contexte

La principale difficulté rencontrée par les acteurs du territoire du CLS Vallée de la Bresle est la difficulté à identifier et mobiliser les acteurs compétents en addictologie, qu'il s'agisse du soin ou de la prévention.

Afin de proposer une aide efficace, il est nécessaire de:

- Clarifier et renforcer l'offre d'addictologie,
- Rendre visibles les dispositifs d'addictologie
- Développer les dispositifs de soutien aux acteurs non spécialisés

Par définition ce sont les acteurs de première ligne -non spécialisés en addictologie- qui connaissent le mieux les personnes en difficulté avec une pratique addictive : ce sont eux qui sont confrontés aux situations difficiles et ce sont également eux qui disposent des opportunités les plus nombreuses pour en parler.

A l'inverse, l'intervention des acteurs spécialisés est souvent tardive (délais de rendez-vous, accessibilité géographique limitée des dispositifs...), ce qui limite fortement les chances d'inscrire les personnes en difficulté dans un accompagnement.

L'articulation entre acteurs de première ligne et acteurs spécialisés est donc primordiale. Elle doit être structurée de façon commune afin de proposer une aide aux acteurs de première ligne.

Développer les actions de prévention

- Auprès des jeunes, dans et hors milieu scolaire
- En milieu professionnel
- Auprès de publics spécifiques

Contexte

Le milieu professionnel constitue un cadre très spécifique pour la prévention et la prise en charge des problématiques addictives. Il reste très marqué par une alternative entre déni des problèmes ou résolution par l'exclusion (inaptitude ou licenciement).

Il est important d'apporter un appui aux acteurs du milieu professionnel pour permettre d'aborder les pratiques addictives autrement, en développant la prévention (en cohérence avec la politique de prévention des risques, notamment psychosociaux) et les formules d'accompagnement qui évite la stigmatisation et préviennent l'exclusion.

Développer les actions de prévention et de lutte contre le tabagisme

Contexte

Souvent considéré comme la moins « grave » des addictions, le tabagisme reste pourtant le produit le plus meurtrier. Il est donc important d'engager une remobilisation de la population et des acteurs locaux sur cette question en :

- soutenant les dispositifs de prévention et d'accompagnement auprès de publics spécifiques
- développant la prévention et l'éducation thérapeutique auprès des personnes touchées par une pathologie liée à une pratique addictive

- proposant aux dispositifs « personnes âgées / personnes handicapées » un appui pour la gestion des pratiques addictives

Les pratiques addictives sont peu abordées auprès des publics des dispositifs « personnes âgées / personnes handicapées ». Elles sont souvent niées ou réglées par une interdiction pure et simple de consommer.

Or, ces pratiques existent et posent problèmes, par exemple concernant :

- les consommations d'alcool (associées aux médicaments) des personnes âgées, à domicile ou en établissement ;
- les consommations d'alcool ou de cannabis chez les personnes handicapées (notamment les jeunes) ;
- les consommations de tabac en établissement.

Action 4.1.1 : Clarifier et renforcer l'offre des dispositifs d'addictologie

thème : Addictologie

Axe stratégique 4	PARCOURS DES PERSONNES AYANT DES PRATIQUES ADDICTIVES
Objectif opérationnel 4.1	Améliorer la visibilité et l'accessibilité des dispositifs d'addictologie

Intitulé de l'Action 4.1.1 : Clarifier et renforcer l'offre des dispositifs d'addictologie

Descriptif des actions et année de début des travaux	2018	<p>Désignation de l'ONM (Association Œuvre Normande des Mères), via sa chargée de projet, pour animer le groupe de travail « pratiques addictives » qui suivra la mise en œuvre des fiches action du CLS ;</p> <p>Identification d'un pôle ressource en addictologie pour les acteurs du territoire ;</p> <p>Inscription des actions de prévention sur le territoire du CLS dans le programme d'action de l'association ONM (convention pluriannuelle ARS / ONM) et soutien aux projets de prévention du territoire dans le cadre de l'appel à projet annuel commun ARS / MILDECA (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives) ;</p> <p>Implantation / renforcement des consultations avancées des CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) gérés par l'association ONM et par le centre hospitalier de Dieppe (Eu – Le Tréport) ;</p> <p>Intervention du Centre d'Accueil et d'Aide à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD) mobile géré par l'association ONM sur le territoire ;</p> <p>Actions de communication sur les dispositifs d'addictologie (actualisation et diffusion de l'annuaire régional d'addictologie avec possibilité de réaliser une extraction propre au CLS du territoire des Villes Sœurs) ; diffusion de ces données via les acteurs du CLS.</p>
Commentaires		
Pilotes		<p>Communautés de Communes des Villes Sœurs, ARS</p> <p>Principaux acteurs concernés :</p> <p>Association Œuvre Normande des Mères (ONM)</p> <p>Centre hospitalier de Eu</p>
Territoire de l'action		Territoire de la Communautés de communes des Villes Sœurs
Public visé		<p>Population générale ;</p> <p>Acteurs du territoire non spécialisés en addictologie.</p>
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre		<p>ONM</p> <p>Centre hospitalier de EU – Le Tréport</p> <p>CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) du centre hospitalier de Dieppe</p> <p>Association Inersanté</p> <p>Equipe régionale prévention ANPAA Normandie / CSAPA ANPAA (Association</p>

	<p>nationale de prévention en alcoologie et addictologie) Somme</p> <p>Acteurs non spécialisés en addictologie du territoire : collectivités territoriales, professionnels libéraux, professionnels de l'éducation nationale, réseaux de travailleurs sociaux (Département, CCAS...), ...</p>
Indicateurs d'évaluation	Seront proposés par les pilotes
Budget prévisionnel de l'action et source de financement	<p>les moyens qui seront notamment utilisés :</p> <p>Moyens attribués aux acteurs de l'addictologie par l'ARS (subventions d'Etat, crédits de l'assurance maladie) ;</p> <p>Apports des acteurs du territoire (aide logistique, humaine voire budgétaire à la mise en œuvre des actions)</p>
Calendrier	2018-2019

Action 4.1.2 Développer les dispositifs de soutien aux acteurs non spécialisés

<i>thème : Addictologie</i>	
Axe stratégique 4	PARCOURS DES PERSONNES AYANT DES PRATIQUES ADDICTIVES
Objectif opérationnel 4.1.	Améliorer la visibilité et l'accessibilité des dispositifs d'addictologie

Intitulé de l'Action 4.1.2 Développer les dispositifs de soutien aux acteurs non spécialisés

Définition et proposition d'un dispositif d'appui (conseil et accompagnement) pour aider à la gestion des problématiques addictives

<p>Descriptif des actions et année de début des travaux</p>	<p>2018</p>	<p>Développer les dispositifs de soutien aux acteurs non spécialisés pour faciliter la pratique quotidienne des acteurs de première ligne face aux situations impliquant une problématique addictive</p> <p><u>Pour les pharmaciens :</u> L'équipe du CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues) de l'ONM (Association Œuvre Normande des Mères), dans le cadre de sa mission de rencontre des pharmaciens du territoire, peut proposer une action d'aide globale pour faciliter l'abord des problématiques addictives avec la clientèle :</p> <p>Alcool et tabac Mésusage des médicaments entraînant un risque de dépendance ; Toxicomanie : délivrance du matériel de réduction des risques ; délivrance des traitements de substitution.</p> <p><u>Pour les médecins libéraux :</u> Les CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) de l'ONM et du CH de Dieppe peuvent proposer aux médecins de ville :</p> <p>un appui sous la forme d'analyse en commun des situations individuelles complexes ; la mise en place d'un suivi partagé (le médecin assure le suivi général, le CSAPA assure le volet « addiction »). A la demande, des dispositifs d'information et de formation peuvent être mis en place.</p> <p><u>Pour les travailleurs sociaux :</u> Les CSAPA et l'association Inersanté peuvent apporter soutien combinant : l'animation de session de discussion des pratiques, voire la mise en place de formation ; la mise en place d'un accompagnement individuel spécialisé en addictologie auprès des usagers.</p> <p><u>Pour les communes :</u> Les CSAPA de l'ONM peut proposer un accompagnement basé sur la mise en œuvre des actions proposées dans le guide : Les Collectivités locales face aux conduites addictives : http://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=10912</p>
Commentaires		
Pilotes		Communautés de Communes des Villes Sœurs, ARS

Territoire de l'action	Territoire de la Communautés de communes des Villes Sœurs
Public visé	Pharmaciens ; Médecins libéraux ; Travailleurs sociaux Communes.
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	ONM CSAPA du CH de Dieppe Association Inersanté ANPAA (Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie), ...
Indicateurs d'évaluation	Seront proposés par les pilotes
Budget prévisionnel de l'action et source de financement	les moyens qui seront notamment utilisés : Moyens attribués aux acteurs de l'addictologie par l'ARS (subventions d'Etat, crédits de l'assurance maladie) ; Apports des acteurs du territoire (aide logistique, humaine voire budgétaire à la mise en œuvre des actions) Moyens mobilisables dans le cadre des dispositifs de formation professionnelle continue ; Eventuelle candidature à l'appel à projet annuel MILDECA (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives);
Calendrier	2018-2019

Action 4.2.1 Développer les actions de prévention auprès des jeunes, dans et hors milieu scolaire

<i>thème : Addictologie</i>	
Axe stratégique 4	PARCOURS DES PERSONNES AYANT DES PRATIQUES ADDICTIVES
Objectif opérationnel 4.2	Développer les actions de prévention

Intitulé de l'Action 4.2.1 Auprès des jeunes, dans et hors milieu scolaire par : - <i>Actions de formation des membres de la communauté éducative</i> - <i>Actions auprès des parents d'élèves</i> - <i>Actions de prévention auprès des jeunes</i>	
Descriptif des actions et année de début des travaux	2018 Promouvoir, dans un cadre partenarial local, une prévention des comportements à risque dont les conduites addictives en valorisant les compétences psycho-sociale des adolescents : 4.2.1.a Travailler, avec les professionnels des structures accueillants des jeunes, des projets intégrant la dimension prévention des comportements à risque dont les addictions et compétences psycho sociale. 4.2.1.b Soutenir d'un point de vue méthodologique la démarche de projet en proposant un cadre d'intervention inscrit dans le temps et en mettant à disposition des outils adaptés. 4.2.1.c Mettre en lien les projets travaillés avec des intervenants du réseau spécialisé en addictologie et en promotion de la santé dans l'optique d'élargir les représentations et les réflexions des adolescents.
Commentaires	
Pilotes	Comité technique du Pôle de Prévention Compétent en Addictologie (PPCA) du territoire de santé de Dieppe ; ARS et Communautés de Communes des Villes Sœurs
Territoire de l'action	Territoire de la Communauté de Communes des Villes Sœurs
Public visé	Jeunes (cible prioritaire : 12 – 25 ans) Communauté éducative Professionnels des structures accueillant un public « jeune » hors milieu scolaire (centres sociaux, mission locale, structures sportives et de loisir s'adressant aux jeunes...).
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	Acteurs membres du comité technique du Pôle de Prévention Compétent en Addictologie (PPCA) du territoire de santé de Dieppe ; Partenaires éducation nationale (équipes éducatives des établissements concernés, chef d'établissement responsable du BEF de Dieppe...) Structures Jeunesse et de loisir (missions locales, centres sociaux...) Collectif Santé

Indicateurs d'évaluation	Seront proposés par les pilotes
Budget prévisionnel de l'action et source de financement	<p>les moyens qui seront notamment utilisés :</p> <p>Moyens attribués aux acteurs de l'addictologie par l'ARS (subventions d'Etat, crédits de l'assurance maladie) ;</p> <p>Apports des acteurs du territoire (aide logistique, humaine voire budgétaire à la mise en œuvre des actions)</p> <p>Co-financements des établissements scolaires ;</p> <p>Candidature à l'appel à projet annuel MILDECA (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives);</p>
Calendrier	2018-2020

Action 4.2.2. Développer les actions de prévention en milieu professionnel

<i>thème : Addictologie</i>	
Axe stratégique 4	PARCOURS DES PERSONNES AYANT DES PRATIQUES ADDICTIVES
Objectif opérationnel 4.2	Développer les actions de prévention

Intitulé de l'Action 4.2.2. En milieu professionnel par : <ul style="list-style-type: none"> - <i>Appui aux professionnels de la santé au travail</i> - <i>Actions de prévention et d'accompagnement en milieu professionnel</i> 	
Descriptif des actions et année de début des travaux	<p>2019</p> <p>Proposer, dans le secteur public comme dans le secteur privé, une méthodologie de prévention et d'accompagnement des problématiques addictives prenant en compte les enjeux propres au milieu professionnel</p> <p><i>Modalités d'intervention :</i></p> <p>Selon les recommandations du plan d'action régional « Conduites addictives en milieu professionnel », les acteurs de l'addictologie (réuni dans le cadre du Pôle de prévention compétent en addictologie du territoire de santé de Dieppe) peuvent proposer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des actions de sensibilisation ou de formation aux acteurs du milieu professionnel : professionnels de la santé au travail, personnels d'encadrement, syndicats, membres des instances de gouvernance ; - La mise en place d'actions de prévention généralistes ; - Le soutien à la mise en place de groupe d'entraide ; - La mise en place d'un suivi partagé entre médecine du travail (mission classique de prévention des risques professionnels) et professionnel de l'addictologie (suivi spécifique de la problématique addictive).
Commentaires	
Pilotes	<ul style="list-style-type: none"> - Comité technique du Pôle de Prévention Compétent en Addictologie (PPCA) du territoire de santé de Dieppe ; - ARS et Communauté de Communes des Villes Sœurs
Territoire de l'action	Territoire de la Communauté de Communes des Villes Sœurs
Public visé	<ul style="list-style-type: none"> - Professionnels de la santé au travail - Employeurs - Personnels

Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> - Collectivités locales (en tant qu'employeurs) - Partenaires sociaux - Acteurs de la santé au travail
Indicateurs d'évaluation	Seront proposés par les pilotes
Budget prévisionnel de l'action et source de financement	à définir le cas échéant
Calendrier	Fiche action non prioritaire, à retravailler dans le cadre de la poursuite des travaux du groupe « pratiques addictives » 2020

Action 4.2.3. Développer les actions de prévention et de lutte contre le tabagisme

<i>thème : Addictologie</i>	
Axe stratégique 4	PARCOURS DES PERSONNES AYANT DES PRATIQUES ADDICTIVES
Objectif opérationnel 4.2	Développer les actions de prévention

Intitulé de l'Action 4.2.3. Développer les actions de prévention et de lutte contre le tabagisme par : - Actions de communication et de prévention - Dispositifs d'aide au sevrage	
Descriptif des actions et année de début des travaux	2018 Dénormaliser le tabagisme auprès des acteurs locaux et à la population générale ; Encourage l'arrêt du tabac. Modalités de mise en œuvre : Inscription des acteurs locaux dans l'opération « Moi(s) sans tabac » qui, en novembre, lancera un grand défi national pour l'arrêt du tabac (actions de communication, de prévention, d'orientation vers les dispositifs d'aide à l'arrêt du tabac) ; Développement par les collectivités locales des mesures réglementaires limitant le tabagisme (ex. espaces sans tabac)
Commentaires	
Pilotes	Comité technique du Pôle de Prévention Compétent en Addictologie (PPCA) du territoire de santé de Dieppe ; ARS
Territoire de l'action	Territoire de la Communautés de communes des Villes Sœurs
Public visé	Acteurs de la santé Collectivités territoriales Entreprises Education nationale Réseaux de travailleurs sociaux Population générale
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	Pharmaciens Médecins de ville Nouveaux prescripteurs de traitement de substitution nicotinique Collectivités territoriales Entreprises Education nationale Réseaux de travailleurs sociaux Organismes d'assurance maladie Ligue contre le cancer

Indicateurs d'évaluation	Seront proposés par les pilotes
Budget prévisionnel de l'action et source de financement	<p>les moyens qui seront notamment utilisés :</p> <p>Moyens attribués aux acteurs de l'addictologie par l'ARS (subventions d'Etat, crédits de l'assurance maladie) ;</p> <p>Apports des acteurs du territoire (aide logistique, humaine voire budgétaire à la mise en œuvre des actions)</p> <p>Eventuelle candidature à l'appel à projet annuel MILDECA (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives);</p>
Calendrier	2018 – 2020

Action 4.3.1 Proposer aux dispositifs « personnes âgées / personnes handicapées » un appui pour la gestion des pratiques addictives

<i>thème : Addictologie</i>	
Axe stratégique 4	PARCOURS DES PERSONNES AYANT DES PRATIQUES ADDICTIVES
Objectif opérationnel 4.3	Soutenir les dispositifs de prévention et d'accompagnement auprès de publics spécifiques

<p>Intitulé de l'Action 4.3.1 Proposer aux dispositifs « personnes âgées / personnes handicapées » un appui pour la gestion des pratiques addictives par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - - Conseil auprès des gestionnaires d'établissement - Appui aux professionnels intervenant à domicile - Actions de prévention et d'accompagnement auprès des publics 	
<p>Descriptif des actions et année de début des travaux</p>	<p>2019</p> <p>proposer aux professionnels des champs « personnes âgées / personnes handicapées » des outils pour faciliter leurs pratiques face aux personnes avec une problématique addictives ; définir des modalités d'actions partagées entre ces professionnels de première ligne et les acteurs spécialisés en addictologie</p> <p>Modalités de mise en œuvre :</p> <p>Dans le cadre partenarial du Pôle de prévention compétent en addictologie du territoire de santé de Dieppe, les acteurs de l'addictologie pourront proposer aux acteurs du champ « personnes âgées / personnes handicapées » un soutien comprenant :</p> <p>Un conseil dans l'adaptation du cadre réglementaire de ces dispositifs pour intégrer les problématiques addictives ; Une sensibilisation / formation des professionnels confrontés aux publics avec des pratiques addictives ; Un aide à la discussion des pratiques ; Des actions de prévention et d'accompagnement auprès des publics suivis.</p>
Commentaires	
Pilote	POLE DE PREVENTION COMPETENT EN ADDICTOLOGIE (ASSOCIATION ONM Œuvre Normande des Mères))
Territoire de l'action	Territoire de la Communautés de communes des Villes Sœurs
Public visé	Professionnels intervenant dans les établissements et services médico-sociaux ; Personnes suivies par ces dispositifs, en établissement ou à domicile.
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	Professionnels paramédicaux, sociaux et administratifs d'établissements de soins et d'hébergement ; Professionnels des services de maintien à domicile Travailleurs sociaux

	Coordinateurs de CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) / MAIA (Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer)
Indicateurs d'évaluation	Seront proposés par les pilotes
Budget prévisionnel de l'action et source de financement	à définir le cas échéant
Calendrier	Fiche action non prioritaire, à retravailler dans le cadre de la poursuite des travaux du groupe « pratiques addictives » 2020

Action 4.3.2. Développer la prévention et l'éducation thérapeutique auprès des personnes touchées par une pathologie liée à une pratique addictive

<i>thème : Addictologie</i>	
Axe stratégique 4	PARCOURS DES PERSONNES AYANT DES PRATIQUES ADDICTIVES
Objectif opérationnel 4.3	Soutenir les dispositifs de prévention et d'accompagnement auprès de publics spécifiques

Intitulé de l'Action 4.3.2. Développer la prévention et l'éducation thérapeutique auprès des personnes touchées par une pathologie liée à une pratique addictive		
Descriptif des actions et année de début des travaux	2020	Définir une méthodologie d'accompagnement des personnes touchées par une pathologie liée à une pratique addictive ; En faire la promotion auprès des professionnels de santé hospitaliers, médico-sociaux et libéraux.
Commentaires		
Pilotes	ARS Principaux acteurs concernés : PROFESSIONNELS DES CH DE DIEPPE ET DE EU – LE TREPORT DE L'ADDICTOLOGIE ET DE L'ONCOLOGIE CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) DE L'ONM(Association Œuvre Normande des Mères) ET DU CH DE DIEPPE MEDECINS LIBERAUX	
Territoire de l'action	Territoire de la Communautés de communes des Villes Sœurs	
Public visé	Professionnels de l'addictologie (hospitaliers et médico-sociaux) Professionnels des pathologies concernées (oncologie, hépato-gastro...) Professionnels libéraux	
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	Association Inersanté Associations de patients ; associations d'entraide	
Indicateurs d'évaluation	Seront proposés par les pilotes	
Budget prévisionnel de l'action et source de financement	à définir le cas échéant	
Calendrier	Fiche action non prioritaire, à retravailler dans le cadre de la poursuite des travaux du groupe « pratiques addictives » 2020	

AXE STRATEGIE N°5

AMELIORER LE PARCOURS DE VIE ET DE SANTE DES PERSONNES AGEES

OBJECTIF OPERATIONNEL 5.1. COMMUNIQUER SUR LES DISPOSITIFS EXISTANT EN FAVEUR DES PERSONNES AGEES ET DE USAGERS

Action 5.1.1 Constituer un référentiel d'intervention des professionnels du parcours de vie et de santé des personnes âgées à l'échelle du CLS

OBJECTIF OPERATIONNEL 5.2. AMELIORER LE REPERAGE DE LA FRAGILITE DES PERSONNES AGEES

Action 5.2.1. Mettre en place le guichet intégré sur le territoire de la CCVS

OBJECTIF OPERATIONNEL 5.3. PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES

Action 5.3.1. Faire un bilan de l'offre de prévention sur le territoire du CLS

OBJECTIF OPERATIONNEL 5.4. LUTTER CONTRE L'ISOLEMENT

Action 5.4.1. Créer les conditions pour rompre l'isolement des personnes âgées

Action 5.1.1 : Constituer un « Référentiel d'intervention des professionnels du parcours de vie et de santé des personnes âgées » à l'échelle du CLS

<i>thème : personnes âgées</i>	
Axe stratégique 5	AMELIORER LE PARCOURS DE VIE ET DE SANTE DES PERSONNES AGEES
Objectif opérationnel 5.1	Communiquer sur les dispositifs existant en faveur des personnes âgées et des usagers

Intitulé de l'Action 5.1.1 : Constituer un « Référentiel d'intervention des professionnels du parcours de vie et de santé des personnes âgées » à l'échelle du CLS	
Descriptif des actions et année de début des travaux	2018 Constituer un « Référentiel d'intervention des professionnels du parcours de vie et de santé des personnes âgées » à l'échelle du CLS à destination des professionnels primo-accueillants et professionnels du domaine (liste des destinataires à établir) afin de leur donner un outil en appui du conseil et de l'orientation de la personne âgée et/ou de l'aidant et/ou du professionnel du domaine. Communiquer et mettre à disposition le référentiel
Commentaires	Basé sur les référentiels élaborés sur chaque territoire MAIA > A définir : Personne en charge de sa consolidation – comité de suivi Format de l'outil et mode de diffusion à l'issue de l'élaboration (en ligne, portail d'information, livret, support papier...) ...
Pilotes	Communauté de Commune des Villes Sœurs, MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) Territoire de Dieppe CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) Vallée de la Bresle
Territoire de l'action	Territoire de la Communautés de communes des Villes Sœurs
Public visé	Professionnels sociaux, médicaux et para médicaux de la prise en charge des personnes âgées et usagers
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	L'ensemble des partenaires des MAIA concernées
Indicateurs d'évaluation	Création de l'annuaire et diffusion
Budget prévisionnel de l'action et source de financement	les moyens qui seront notamment utilisés : Budget annuel ARS MAIA : temps pilote consacré à l'action / pas d'autre budget spécifique affectable. Budget à prévoir hors budget MAIA : modalités de réalisation et de diffusion du support.
Calendrier	2018-2019

Action 5.2.1 : Mettre en place le guichet intégré sur le territoire de la communauté de communes des Villes Sœurs

<i>thème : personnes âgées</i>	
Axe stratégique 5	AMELIORER LE PARCOURS DE VIE ET DE SANTE DES PERSONNES AGEES
Objectif opérationnel 5.2	Améliorer le repérage de la fragilité des personnes âgées

Intitulé de l'Action 5.2.1 : Mettre en place le guichet intégré sur le territoire de la communauté de communes des Villes Sœurs		
Descriptif des actions et année de début des travaux	2018	Le guichet intégré constitue un ensemble coordonné des lieux d'accueil, d'information et d'orientation pour les personnes âgées sur le territoire. Il est mobilisé de fait dès qu'une personne âgée ou son entourage fait une demande d'aide ou qu'un besoin est identifié par un professionnel.
Commentaires	Action incluse dans la mise en place du guichet intégré sur chaque territoire des MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) concernées. Harmoniser les principes des guichets intégrés sur les deux départements	
Pilote	Communauté de Commune des Villes Sœurs, MAIA	
Territoire de l'action	Territoire de la Communautés de communes des Villes Sœurs	
Public visé	Professionnels sociaux, médicaux et para médicaux de la prise en charge des personnes âgées	
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	L'ensemble des partenaires des MAIA concernées	
Indicateurs d'évaluation	Périmètre du guichet validé par les tables de concertation Outils, formations, communications réalisés	
Budget prévisionnel de l'action et source de financement	les moyens qui seront notamment utilisés : Budget annuel ARS MAIA : temps pilote, assistante et gestionnaire de cas consacré à l'action / Pas d'autre budget spécifique affectable	
Calendrier	2018-2019	

Action 5.3.1 Faire un bilan de l'offre de prévention sur le territoire du CLS

<i>thème : personnes âgées</i>	
Axe stratégique 5	AMELIORER LE PARCOURS DE VIE ET DE SANTE DES PERSONNES AGEES
Objectif opérationnel 5.3	Prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées

Intitulé de l'Action 5.3.1 Faire un bilan de l'offre de prévention sur le territoire du CLS		
Descriptif des actions et année de début des travaux	2018	Faire un bilan de l'offre de prévention sur le territoire du CLS
Commentaires		
Pilotes	Communauté de Commune des Villes Sœurs, ARS	
Territoire de l'action	Territoire de la Communautés de communes des Villes Sœurs	
Public visé	Professionnels sociaux, médicaux et para médicaux de la prise en charge des personnes âgées, Collectivités, CCAS	
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	UTAS (Unité Territoriale d'Action Sociale), RLPS (Réseaux Locaux de Promotion de la Santé) – MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer), l'ensemble des partenaires concernés	
Indicateurs d'évaluation	Bilan réalisé Information des publics visés (mise en place d'un tableau de bord de suivi)	
Budget prévisionnel de l'action et source de financement	A définir le cas échéant	
Calendrier	2018/2019	

Action 5.4.1 Créer les conditions pour rompre l'isolement des personnes âgées

<i>thème : personnes âgées</i>	
Axe stratégique 5	AMELIORER LE PARCOURS DE VIE ET DE SANTE DES PERSONNES AGEES
Objectif opérationnel 5.4	Lutter contre l'isolement

Intitulé de l'Action 5.4.1 Créer les conditions pour rompre l'isolement des personnes âgées	
Descriptif des actions et année de début des travaux	<p>2018</p> <p>Etat des lieux des initiatives existants. Recensement des conditions de vie des plus de 80 ans. Aide à la mobilité Réflexion sur le parcours résidentiel Conforter le dispositif « Filleul'Age » mis en place par l'association ACSAD (Association de Coordination du Soin et de l'Aide à Domicile)</p>
Commentaires	<p>Expérience de recensement déjà en cours à Eu, en lien avec la Poste.</p> <p>Elle permet une première analyse de la situation des plus de 80 ans</p> <p>Dans le cadre des actions de prévention, la conférence des financeurs a déjà lancé en 2016 deux appels à projet pour financer des actions de lutte contre l'isolement.</p> <p>Des appels à projet seront de nouveau lancés en 2017.</p>
Pilotes	Associations, Maires du territoire
Territoire de l'action	Territoire de la Communautés de communes des Villes Sœurs
Public visé	Personnes âgées isolées et leurs aidants proches
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	UTAS (Unité Territoriale d'Action Sociale), MAIA (Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer), Bailleurs, ACSAD (Association de Coordination du Soin et de l'Aide à Domicile), l'ensemble des partenaires concernés
Indicateurs d'évaluation	Nombre de personnes âgées isolées suivies
Budget prévisionnel de l'action et source de financement	A définir le cas échéant
Calendrier	2018-2019

AXE STRATEGIQUE N°6

INTEGRATION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

OBJECTIF OPERATIONNEL 6.1. SENSIBILISATION ET COMMUNICATION SUR LES DISPOSITIFS ET LES DROITS EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPEES...

ACTION 6.1.1 : METTRE EN PLACE DES OUTILS DE COMMUNICATION SPECIFIQUES AUX CHAMPS DU HANDICAP

OBJECTIF OPERATIONNEL 6.2 AMELIORER L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

ACTION 6.2.1 : SIGNATURE D'UNE CHARTE LOCALE D'ACCES AUX SOINS EN DECLINAISON DE LA CHARTE « ROMAIN JACOB »

OBJECTIF OPERATIONNEL 6.3 INTEGRATION SUR LE TERRITOIRE DU POLE « DEFICIENCE INTELLECTUELLE »...L

ACTION 6.3.1 : INTEGRATION DU POLE « DEFICIENCE INTELLECTUELLE » (IME ET SESSAD) GERE PAR L'ASSOCIATION PEP 76

Action 6.1.1 : Mettre en place des outils de communication spécifiques aux champs du handicap

<i>thème : personnes en situation de handicap</i>	
Axe stratégique 6	INTEGRATION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP
Objectif opérationnel 6.1	Sensibilisation et communication sur les dispositifs et les droits en faveur des PH avec en filigrane un objectif de « changer le regard des personnes face au handicap »

Intitulé de l'Action 6.1.1 : Mettre en place des outils de communication spécifiques aux champs du handicap	
Descriptif des actions et année de début des travaux	2018 Informer les différents professionnels et les usagers du territoire sur les dispositifs en faveur des personnes en situation de handicap : créer un site dédié au handicap, organiser des journées de sensibilisation.
Commentaires	
Pilotes	Communautés de Communes des Villes Sœurs, ARS
Territoire de l'action	Territoire de la Communauté de Communes des Villes Sœurs
Public visé	Travailleurs sociaux, familles concernées, professionnels de santé médicaux et para médicaux...
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	MDPH (Maisons départementales des personnes handicapées) Maisons des adolescents Professionnels de santé libéraux Missions locales Les ESMS (Etablissements et services sociaux et médico-sociaux) du territoire, ...
Indicateurs d'évaluation	ouverture du site internet dédié nombre de journées de sensibilisation autres support de communication, ...
Budget prévisionnel de l'action et source de financement	A définir le cas échéant
Calendrier	2018-2019

Action 6.2.1 : Signature d'une charte locale d'accès aux soins en déclinaison de la Charte « Romain Jacob »

<i>thème : personnes en situation de handicap</i>	
Axe stratégique 6	INTEGRATION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP
Objectif opérationnel 6.2	Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

Intitulé de l'Action 6.2.1 : Signature d'une charte locale d'accès aux soins en déclinaison de la Charte « Romain Jacob »		
Descriptif des actions et année de début des travaux	2018	Définir le périmètre de cette charte locale (quelles difficultés locales en termes d'accès aux soins pour les PH ? -> quels soins ? -> quels partenaires ?...) par la mise en place d'un groupe de travail devant travailler sur le contenu de cette charte.
Commentaires	Un appel à projet a été lancé par l'ARS fin 2016 en vue de la mise place de consultations dédiées à destination des enfants et adultes avec handicap. Le financement de deux dispositifs est prévu sur le département 76 (formation et adaptation/aménagement de locaux).	
Pilotes	Communautés de Communes des Villes Sœurs, Monsieur Pascal JACOB	
Territoire de l'action	Territoire de la Communauté de Communes des Villes Sœurs	
Public visé	Personnes en situation de handicap	
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	Professionnels libéraux médicaux et para médicaux (URML (Union Régionale des Médecins libéraux de Normandie) et URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé)) Etablissements de santé Représentants des usagers et familles IME (Institut Médico-Educatif) de Eu, ...	
Indicateurs d'évaluation	Signature de la charte	
Budget prévisionnel de l'action et source de financement	A définir le cas échéant	
Calendrier	Mise en place d'un groupe de travail : début 2018 Finalisation et signature de la charte : septembre 2018	

Action 6.3.1 : Intégration du pôle « Déficience intellectuelle » (IME et SESSAD) géré par l'association PEP 76

<i>thème : personnes en situation de handicap</i>	
Axe stratégique 6	INTEGRATION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP
Objectif opérationnel 6.3	Intégration sur le territoire du pôle « déficience intellectuelle » géré par les PEP 76 et notamment son l'IME, intégrant un projet d'externalisation d'une section d'éducation

Intitulé de l'Action 6.3.1 : Intégration du pôle « Déficience intellectuelle » (IME et SESSAD) géré par l'association PEP 76	
Descriptif des actions et année de début des travaux	<p>2018</p> <p>Favoriser l'accès aux soins des enfants de l'IME (Institut Médico-Educatif) : CMPP (Centres Médico-Psycho-Pédagogiques), CH de Dieppe... Améliorer la gestion des situations de crise : dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire, il est envisagé une collaboration entre de l'équipe mobile de psychiatrie du CH de Dieppe et les ESMS (Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux). Faciliter la mobilité des jeunes en favorisant l'accès aux transports de la ville. Inclusion en milieu scolaire : définir le projet d'externalisation de la Section d'Education et d'Enseignement Spécialisé (SEES) au sein de l'école « Brocéliande » de Eu (enfants de 6 à 12 ans). Parallèlement, engager un travail de sensibilisation des parents. Favoriser l'accès à la cité : partenariat à mettre en place avec les théâtres, la ludothèque et aux associations sportives. Organiser une journée « portes ouvertes ». Favoriser l'accès aux soins des enfants de l'IME auprès des professionnels para médicaux de ville.</p>
Commentaires	
Pilote	Communes et PEP 76
Territoire de l'action	Territoire de santé de Dieppe, communes des Villes Sœurs de la Somme
Public visé	Enfants accompagnés par l'IME et le SESSAD (Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile)
Partenaires à solliciter pour la mise en œuvre	<p>GHT</p> <p>Ecole publique Brocéliande accueillant des élèves de l'IME</p> <p>Education nationale</p> <p>Services de la Ville d'Eu, commune d'accueil de l'IME</p> <p>Les centres hospitaliers susceptibles d'intervenir dans le parcours de l'enfant (Dieppe et Abbeville)</p> <p>Professionnels médicaux et para médicaux intervenant dans le parcours de l'enfant</p> <p>Les MDPH 76 et 80</p> <p>Représentants des familles et des usagers</p> <p>Autres ESMS, ...</p>
Indicateurs d'évaluation	projet d'externalisation de la SEES au sein de l'Ecole « Brocéliande », conventions de partenariat (école d'Eu, CH de Dieppe, ville de Eu...), nombres de recours à l'équipe mobile de psychiatrie, ...
Budget prévisionnel de l'action et source de financement	A définir le cas échéant
Calendrier	2018

LA MISE EN ŒUVRE ET LE SUIVI DU CLS

- **Le chargé de mission / coordonnateur du CLS**

En charge de l'animation opérationnelle du CLS, il assure également l'interface entre les signataires du CLS et impulse le déploiement des actions sur l'ensemble du territoire.

Son action fera l'objet d'une lettre de mission co-signée par l'ARS et la Communauté de communes des Villes sœurs.

- **L'équipe projet**

Instance opérationnelle en charge du suivi de la mise en œuvre du CLS, l'équipe projet est notamment sollicitée pour :

- mobiliser les partenaires et les acteurs du territoire,
- recenser les financements existants et les besoins de financement,
- coordonner les actions en lien avec l'animateur du CLS,
- proposer des réajustements aux actions inscrites dans le CLS si nécessaires,
- proposer des actions de communication,
- réaliser une évaluation du CLS.

Durant la première année d'exécution du contrat, un suivi trimestriel sera organisé afin de s'assurer du bon démarrage du CLS et permettre toute réorientation nécessaire à sa bonne mise en œuvre.

Cette équipe projet est également chargée de présenter les travaux devant le comité de pilotage.

Elle est composée du coordonnateur et de :

Pour l'Agence régionale de santé

- toute personne mandatée par la Directrice générale

Pour la Communauté de communes des Villes sœurs

- la direction des services
- tout agent désigné

Cette équipe projet sera élargie, en fonction des thématiques, aux partenaires associés à la démarche.

- **Le comité de pilotage**

Il est chargé de :

- réaliser un suivi annuel de la mise en œuvre et des résultats des actions du CLS,
- valider les orientations proposées dans le cadre de la mise en œuvre du contrat,
- valider les propositions de réajustement dans le cadre de la mise en œuvre du contrat,
- vérifier que les actions réalisées au cours de la période du contrat sont conformes aux orientations prises.

Il associe les membres de l'équipe projet et est composé des personnes suivantes :

Pour l'Agence régionale de santé

- Pour l'ARS Normandie, copilote du CLS des Villes Sœurs, la Directrice générale ou son représentant,
- Pour l'ARS des Hauts de France, un représentant

Pour la Communauté de communes des Villes sœurs

- le Président de la Communauté de communes des Villes sœurs ou son représentant
- le Vice-Président de la Communauté de communes des Villes sœurs ou son représentant
- tout représentant désigné

Les partenaires associés à la démarche CLS

- les Conseils régionaux de Normandie et des Hauts de France
- les Conseils départementaux de Seine-Maritime et de la Somme
- la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
- l'Education nationale
- les structures du territoire concourant à la coordination de la prise en charge des usagers, de type CLIC, MAIA, PTA...
- les associations, établissements et représentants des professionnels de santé impliqués

Sous réserve de l'accord de la Communauté des Villes Sœurs et de l'ARS, pourra être associé au comité de pilotage tout autre partenaire contribuant à la mise en œuvre du CLS.

- **Les groupes de travail**

Pour chaque axe stratégique, un groupe de travail réunit des représentants des acteurs du territoire et des partenaires associés en fonction des thématiques traités.

LES FINANCEMENTS DU CONTRAT LOCAL DE SANTE

La Communauté de communes des Villes sœurs et l'Agence Régionale de Santé de Normandie s'engagent à prendre en charge le financement d'un poste de coordonnateur temps plein, chacun à hauteur de 50% du coût total – dans la limite de 25 000 € par an pour l'ARS - et pendant toute la durée du CLS (3 ans).

La Communauté de communes des Villes sœurs et l'Agence Régionale de Santé de Normandie s'engagent à assurer le financement des actions dont le montant est inscrit dans le présent contrat.

Les actions dont le montant n'est pas évalué à la signature du présent contrat feront l'objet de conventions spécifiques. Les actions qui feront l'objet d'un cofinancement seront instruites conjointement.

Les montants seront ajustés en fonction de l'évaluation annuelle des actions engagées au titre du présent contrat et des avenants le cas échéant.

L'équipe projet est chargée du suivi des dossiers.

LE CALENDRIER

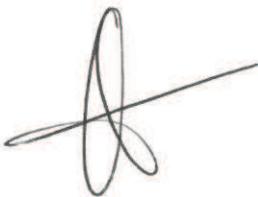
Le présent contrat entre en vigueur dès sa signature pour une période de trois ans.

Il pourra être reconduit sur la base de l'évaluation qui sera réalisée à l'issue de cette période et sur accord des cocontractants.

LES ENGAGEMENTS DES SIGNATAIRES DU CONTRAT LOCAL DE SANTE

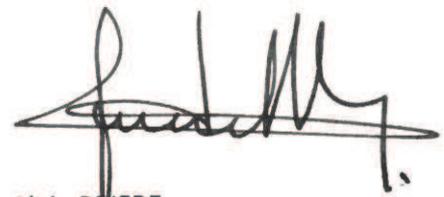
Au vu des travaux conduits depuis 2015 pour l'élaboration du contrat local de santé et des priorités définies par le comité de pilotage, la directrice générale de l'Agence régionale de santé de Normandie et le Président de la communauté de communes des Villes sœurs réaffirment leur volonté de favoriser les articulations entre les domaines sanitaires et sociaux. Ainsi, ils s'attacheront particulièrement à l'appropriation des projets du CLS par les partenaires du territoire.

Les cocontractants s'engagent à mettre en œuvre, à suivre et à évaluer les actions résultant des axes stratégiques et du plan opérationnel présentés dans le présent contrat. Le CLS fera l'objet d'un avenant afin de tenir compte du prochain PRS (PRS2), dont les objectifs stratégiques et opérationnels seront arrêtés au cours du 1^{er} semestre 2018.



Christine GARDEL

Directrice Générale de l'Agence
Régionale de Santé



Alain BRIERE

Président de la Communauté de
communes des Villes Sœurs

ANNEXE 1 : PRIORISATION DES OBJECTIFS – SEMINAIRE DU 2 MARS 2017

	Vert	Bleu	Jaune	Rouge	Fuschia	Jaune c	Total
THEME : [A] Accès aux droits	16	12	9	8	14	13	72
Action 1 : Mobiliser pour orienter et accompagner dans l'accès aux droits	16	12	9	8	14	13	72
1.1 Mobiliser les acteurs sociaux, administratifs et associatifs sur l'accès aux droits des bénéficiaires précaires.	6	7	6	4	6	4	33
1.2 Proposer une convention intégrant des niveaux de contributions réciproques adaptés aux moyens des acteurs locaux.			1	1		5	7
1.3 Mettre en œuvre les formations et les procédures d'accompagnement prévues par la convention.	4	1		1	2	2	10
1.4 Evaluer les effets de cet accompagnement sur l'accès aux droits des bénéficiaires du territoire du CLS.	6	4	2	2	6	2	22
THEME : [B] Accès aux soins	79	19	17	25	20	0	160
Action 1 : Faciliter l'accès aux soins par des mesures d'équipement	34	8	9	8	3	0	62
1.1 : élaborer un plan de développement du Ville-hôpital	9	5	1	2	2		19
1.2 : mettre en place la télémédecine et les consultations avancées. En faciliter l'accès aux professionnels	11	2	3	3	1		20
1.3 : développer l'attractivité par la formation et la maîtrise de stage: Internat	13	1	5	3			22
1.4 : permettre la mise en œuvre des dispositions L 4131-2 et D 4131-1 à D 4131-3-2 dites du Médecin "adjoint"				0			0
1.5 : Sensibiliser les acteurs locaux à la charte Romain Jacob et développer des actions d'amélioration de l'accès aux soins	1			0			1
Action 2 : Elaborer un projet de santé local ambulatoire	45	11	8	17	17	0	98
2.1 mettre en place un système d'information partagé	10	1	1	0	1		13
2.2 : développer des protocoles partagés (cercle qualité)	2		2	1	2		7
2.3 : renforcer la spécialisation en santé publique	4			0			4
2.4 : élaborer un programme et développer les pratiques collaboratives	12	5	2	5	2		26
2.5 : mettre en place d'une coordination des acteurs	8	4	3	3	6		24
2.6 : aider financièrement à la mise en œuvre des MSP	1	1		4	3		9
2.7: mener des actions systémiques: transports et désenclavement, numéris-clausus	8			4	3		15

THEME : [C] Cancer	53	21	41	39	25	30	209
Action 1 : Renforcer les actions d'éducation pour la santé	7	3	9	8	1	2	30
1.1 Mobiliser les établissements scolaires, les associations sportives, les structures socio-éducatives	3	1	7	3		2	16
1.2 Elaborer un programme d'actions sur les déterminants de santé (alcool, nutrition, activités physiques) :	4	2	2	5	1		14
Intégrant en particulier les compétences psychosociales							0
Associant les partenaires extérieurs et les familles							0
En veillant à l'articulation avec les autres dispositifs sociaux (parentalité, accompagnement RSA, missions locales...)							0
Action 2 : Promouvoir l'activité physique	6	4	6	5	5	3	29
2.1 Mettre en place un groupe de travail visant à informer de l'intérêt de l'activité physique comme facteur de santé pour tous	3	4	4	5	2	1	19
2.2 Elaborer un projet visant à développer une offre d'activités physiques et à en faciliter l'accès	1		2	0	3	1	7
2.3 Identifier les organismes habilités et les programmes sportifs et d'exercice physique de droit commun	2			0		1	3
2.4: accompagner par des dispositifs de disponibilité (piscine et activités adaptées, favoriser l'accès financier (Chèques sports, renforcer les pratiques de prescription							
Action 3 : Prévention des cancers et promotion des dépistages organisés	6	4	3	4	2	3	22
3.1 : Réaliser un état des lieux : recenser les données locales (taux de participation), recenser les acteurs impliqués	2	3	3	2	2	1	13
3.2 : Promouvoir le dépistage organisé des cancers via les professionnels de santé du territoire	2			0			2
3.3 : Impliquer les collectivités territoriales dans les campagnes de sensibilisation du dépistage	2	1		2		2	7
3.4: construire et organiser le réseau des correspondants pour - toucher les patients							
Action 4 : Compléter et renforcer l'efficacité du dépistage organisé ou non organisé	4	4	2	6	2	3	21
4.1 : Mettre en place la dématérialisation des mammographies	4	4	1	2	1	1	13
4.2 : faciliter et former au dépistage ORL et à l'orientation (RPIB): Acteurs Urgences, Dentistes..			1	4	1	1	7
4.3 recueillir le Statut addictif dans le dossier commun de cancérologie (DCC)				0		1	1
4.4 Proposer un programme de vaccination contre le papillomavirus (EN)				0			0
4.5: à partir du tissu social, permettre et accompagner: - l'accord et la prise de RDV,							
4.6: difficulté d'organisation ds prestataires de service par isolement social, absence de liens, habitat indigne:							
Action 5 : Développer les dispositifs de coopération et les compétences	30	6	21	16	15	19	107
5.1 Renforcer les compétences professionnelles par la formation (chimiothérapie, prise en charge palliative, prise en charge de la douleur)	4	1	1	4		3	13
5.2 mettre en place des actions d'éducation thérapeutique	1		2	0	1	1	5
5.3 introduire les outils DCC, MSS, DMP, Télé-imagerie	8		3	3	1	2	17
5.4 informatiser et partager	4		3	3			10
5.5 Elaborer un plan d'action d'amélioration de l'accès aux soins (Gpe de travail pluridisciplinaire)	1	4	1	3	3	5	17
5.6 label "site associé"	1		1	0			2
5.7 développer les consultations spécialisées	9	1	8	3	4	4	29
5.8 : Mettre en place un dispositif IDEC	1		2	0	5	1	9
5.9: Mettre à disposition un annuaire de l'offre et assurer sa mise à jour	1			0	1	3	5

THEME : Mieux répondre aux situations d'addiction et les prévenir	25	23	22	61	21	17	169
Action 1. Améliorer la visibilité et l'accessibilité des dispositifs d'addictologie	11	11	13	31	14	10	90
1.1. Identifier un pôle ressource un addictologie pour les acteurs du territoire	3	4	5	14	8	2	36
1.2. Clarifier et renforcer l'offre des dispositifs d'addictologie	3	1	3	6	4	1	18
1.3. Développer les dispositifs de soutien aux acteurs non spécialisés	5	6	5	11	2	7	36
Action 2: Développer les actions de prévention	9	8	7	22	5	3	54
2.1. Auprès des jeunes, dans et hors milieu scolaire	7	5	7	18	3	3	43
2.2. En milieu professionnel				3	1		4
2.3. Développer les actions de prévention et de lutte contre le tabagisme	2	3		1	1		7
Action 3: Soutenir les dispositifs de prévention et d'accompagnement auprès de publics spécifique	5	4	2	8	2	4	25
3.1. Développer la prévention et l'éducation thérapeutique auprès des personnes touchées par une pathologie liée à une pratique addictive	5	4	2	7		1	19
3.2. Proposer aux dispositifs « personnes âgées / personnes handicapées » un appui pour la gestion des pratiques addictives				1	2	3	6
							0
THEME : Personnes âgées	12	15	14	8	56	10	115
Action 1: Communiquer sur les dispositifs existant en faveur des personnes âgées et des usagers	2	6	3	2	15	2	30
1.1: Constituer un « Référentiel d'intervention des professionnels du parcours de vie et de santé des personnes âgées » à l'échelle du CLS		1	1	1	14		17
1.2: Communiquer et mettre à disposition le référentiel	2	5	2	1	1	2	13
Action 2: Améliorer le repérage de la fragilité des personnes âgées	5	6	3	2	17	1	34
2.1: Mettre en place le guichet intégré sur le territoire de la communauté de commune Villes Sœurs	1	1		0	1		3
2.2: Bilan de l'offre de prévention et actions de prévention de la perte d'autonomie	1		1	1	6		9
2.3 : Harmoniser les principes des guichets intégrés sur les 2 départements 76 et 80	3	5	2	1	10	1	22
Action 3: Lutter contre l'isolement	5	3	8	4	24	7	51
3.1: Recensement des conditions de vie des plus de 80 ans, et état des lieux des initiatives existantes	1	1	3	1	9	2	17
3.2: Aide à la mobilité	2	1	2	0	5	3	13
3.3: mener une réflexion sur le parcours résidentiel en local	2		1	3	5	1	12
3.4: conforter l'action "Filleul'âge"		1	2	0	5	1	9
3.5: Répondre aux appels à projet de la conférence de financeurs de la Seine-Maritime (lutte contre l'isolement, aides aux aidants,.....)				0			0
THEME : Personnes en situation de handicap	15	15	16	9	13	15	83
Action 1 : Mettre en place des outils de communication spécifiques aux champs du handicap (champs adultes et enfants)	5	7	6	4	5	6	33
1.1: Informer et sensibiliser les différents professionnels et les usagers territoire sur les dispositifs en faveur des personnes en situation de handicap, sur les enjeux du repérage, de la	5	7	6	4	5	6	33
Action 2 : Prévoir une communication sur la Charte Romain Jacob auprès de l'ensemble des acteurs de santé du territoire Villes Sœurs	4	5	6	3	2	3	23
2.1: Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap: Mettre en place un groupe de travail local							0
2.2: faire évoluer le regard face aux opersonnes handicapées: services de soins, services,... changer							