RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Normandie

Contrat Local de Santé

LISIEUX NORMANDIE
SANTÉ & SOCIAL

CONTRAT LOCAL DE SANTÉ
2025 - 2029

NORMANDIE

ACADÉMIE DE NORMANDIE

Calvados LE DÉPARTEMENT

LISIEUX

Centre Hospitalier Robert Bisson

l'Assurance Maladie

msa santé famille retraite services

URML Normandie

Sommaire

Mot du Président de la Communauté d'Agglomération Lisieux-Normandie 2
Préambule 3
Contexte réglementaire : 3
Présentation du territoire 4
Eléments de diagnostic 5
Méthodologie 11
Liste des acteurs mobilisés 13
Les Liens avec les dispositifs déjà existants sur le territoire de la Communauté d'Agglomération Lisieux Normandie 14
Le Cadre Conventionnel 23
Synthèse générale des fiches actions du CLS 31
Les fiches actions 33
Liste des Sigles 105

Mot du Président de la Communauté d'Agglomération Lisieux-Normandie

Il y a trois ans, notre agglomération a fait le choix fort de se doter d'un Contrat Local de Santé. Ce premier engagement a permis de structurer une action publique ambitieuse, au plus près des besoins réels des habitants de nos 53 communes. Grâce à la mobilisation conjointe de l'ARS Normandie, des partenaires locaux et des services de l'Agglomération, nous avons posé les bases d'une politique de santé ancrée dans la réalité de nos territoires.

Ce premier contrat a porté ses fruits : des actions concrètes ont vu le jour, des dynamiques locales se sont renforcées, et une culture partagée de la santé s'est installée. Pour prolonger cette dynamique, nous avons souhaité bâtir un nouveau cadre d'action pour les cinq années à venir. Le Contrat Local de Santé 2025–2029 est le fruit d'un travail rigoureux, nourri par un diagnostic territorial approfondi, des échanges de terrain et une volonté commune d'agir ensemble.

Ce nouveau contrat ne se limite pas à la seule organisation de l'offre de soins. Il prend en compte l'ensemble des facteurs qui influencent notre santé : qualité du cadre de vie, accès à la mobilité, santé mentale, pratiques sportives et alimentaires, inclusion des personnes en situation de handicap... Autant de dimensions qui doivent être pensées de manière transversale pour réduire les inégalités et améliorer concrètement le quotidien.

Notre ambition est claire : faire de Lisieux Normandie un territoire où chaque habitant, quel que soit son lieu de vie, son âge ou sa situation, peut être acteur de sa santé. Ce Contrat Local de Santé constitue une feuille de route collective, porteuse de sens et d'engagement. Je tiens à remercier l'ensemble des partenaires institutionnels, professionnels et associatifs qui ont contribué à son élaboration. Leur implication témoigne de la vitalité de notre territoire et de notre capacité à construire, ensemble, un avenir plus solidaire.

Préambule

Forte de son ambition en matière de santé, la Communauté d'Agglomération de Lisieux Normandie (CALN) s'est engagée, avec l'Agence Régionale de Santé, à réaliser un Contrat Local de Santé (CLS) dont le premier a été signé le 20 janvier 2022. Ce contrat est un outil visant à réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Il a pour objectif d'améliorer l'état de santé des habitants, de leur faciliter l'accès aux soins dans une démarche qualitative.

Le premier contrat, d'une durée de 3 ans, a permis d'agir en améliorant l'accès aux soins et la prévention en santé sur le territoire de la Communauté d'Agglomération Lisieux Normandie.

Au regard de ces avancées et des enjeux en santé toujours présents sur le territoire, la CALN a souhaité renouveler son engagement avec l'écriture d'un deuxième Contrat Local de Santé (CLS), pour une durée de 5 ans.

Appuyé financièrement par nos partenaires (ARS, Région), le Centre Hospitalier Robert Bisson de Lisieux et la CALN ont mobilisé deux agents pour la réalisation de l'évaluation du premier document et la rédaction du deuxième Contrat Local de Santé (CLS).

Les partenaires du territoire se sont engagés dans cette démarche partenariale en participant aux groupes de travail du CLS. 6 groupes ont permis de réunir 106 participations, soit 80 participants différents représentant 40 institutions ou services.

Les pistes d'actions majeures ont été formulées afin de construire avec les partenaires du territoire les actions pertinentes pour améliorer l'état de santé et le bien-être des habitants du territoire. Les axes de travail se tournent majoritairement vers la question de l'accès aux soins et le développement de la prévention et promotion de la santé, à travers la parentalité, l'alimentation et l'activité physique, la santé mentale ou encore la santé environnementale.

Contexte réglementaire :

Institué par la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 et réaffirmé à l'occasion de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, le CLS se définit comme étant un outil de contractualisation au service d'une politique territoriale de santé. Cette démarche a pour objectif la réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales en matière de santé. Le CLS prend en compte divers facteurs influençant l'état de santé, les déterminants sociaux de santé. Cet outil fait partie des objectifs du Projet Régional de Santé (PRS) ainsi que de ceux de la stratégie nationale de santé. Il a aussi pour but de faciliter la mise en œuvre, à l'échelle locale, de la politique de santé, ainsi que la coordination des politiques publiques. C'est en tenant compte des problématiques spécifiques du territoire, identifiées grâce à un travail collaboratif, que le CLS apporte des réponses adaptées et pertinentes.

Présentation du territoire

La Communauté d'Agglomération Lisieux Normandie (CALN) est née le 1er janvier 2017 de la fusion de cinq Communautés de Communes à savoir celles de Lisieux Pays d'Auge, du Pays de l'Orbiquet, du Pays de Livarot, des Trois Rivières et de la Vallée d'Auge. La Communauté d'Agglomération a ensuite accueilli six nouvelles communes au 1er janvier 2018 (Cambremer, Montreuil en Auge, Notre Dame de Livet, Notre Dame d'Estrées Corbon, Saint Laurent du Mont et Saint Ouen le Pin).

La Communauté d'Agglomération Lisieux Normandie s'étend sur un vaste territoire de 963 km^2. Elle regroupe près de 75 000 habitants, 53 communes et 111 communes historiques.
Les principaux pôles urbains sont Lisieux, Mézidon-Vallée-d'Auge, Saint-Pierre-en-Auge, Orbec, Livarot-Pays-d'Auge, Cambremer et Moyaux.

Deuxième intercommunalité du Calvados, la Communauté d'Agglomération Lisieux Normandie possède les compétences liées à l'aménagement de l'espace, au développement économique, à la mobilité, à l'environnement, à la culture et le sport, à l'action sociale ainsi qu'au tourisme.

Lors de sa création, cinq grandes ambitions ont été définies :
- Mener un projet commun d'aménagement durable du Sud Pays d'Auge.
- Placer au cœur de son action le développement économique et touristique du Sud Pays d'Auge.
- Œuvrer en faveur de la cohésion sociale et de la qualité de vie en Sud Pays d'Auge.
- Faire de l'enjeu environnemental un axe prioritaire de son projet de développement.
- Construire un nouvel espace de coopération avec les communes.

Dans le cadre de sa compétence « Action Sociale », la Communauté d'Agglomération Lisieux Normandie (CALN) a la charge de la politique santé du territoire et a pour objectif de permettre à tous d'accéder à une offre de soins de proximité et de qualité.

A été déclarée d'intérêt communautaire pour la compétence « Action sociale d'intérêt communautaire » en matière de santé : Toute action concourant à améliorer les politiques

de santé sur le territoire et en particulier l'élaboration, l'animation et l'engagement d'un Contrat Local de Santé sur le territoire de Lisieux Normandie.

Eléments de diagnostic

- Sources du diagnostic :
  - Données INSEE 2021.
  - Données INSEE et INSERM CépiDC 2016-2022 – Exploitation : ORS-CREAI Normandie.
  - Observatoire Régional de la Santé et du Social.

Le profil sociodémographique

Une population en baisse et vieillissante marquée par des indicateurs socio-économiques défavorables

- On note une baisse du nombre d'habitants sur le territoire de la CALN depuis 2011. Le territoire de la CALN compte aujourd'hui 72 812 habitants (2021), soit une densité de 76,5 habitants (120,4 en France métropolitaine et 111,4 en Normandie).
- Entre 2015 et 2021, la population s'est réduite de 0,6% en moyenne par an, contre 0,1% en Normandie. En France métropolitaine la population a augmenté de 0,3 sur la même période.
- Une population vieillissante avec, en 2021, 30,9% de la population âgée de plus de 60 ans contre 29,3% en 2017, et un taux de 25.5% à l'échelle nationale.
- Le territoire connaît une baisse du nombre de naissances, avec une moyenne de 1,81 enfants (inférieur à la moyenne nationale de 1,83). Entre 2016 et 2022, on compte en moyenne 681 naissances par an sur le territoire.
- On doit aussi noter que sur les 33 291 ménages recensés en 2021, 37% sont composés de personnes vivant seules et 8,7% sont des familles monoparentales.
- En 2021, le taux de pauvreté était équivalent aux statistiques nationales et s'élevait à 14,8% sur le territoire de l'agglomération. En revanche, il était plus élevé que le taux régional (13,7%).
- Le salaire net moyen sur le territoire de la CALN en 2021 était inférieur aux salaires nets moyens en France. Cette différence peut s'expliquer notamment par la présence d'une proportion plus importante d'ouvriers et d'employés sur notre territoire.
- Le taux de chômage en 2021 était de 12,3% contre 11,8% à l'échelle régionale.
- Les établissements de l'agriculture sont largement plus représentés sur le territoire : 11,9% des établissements actifs sur l'agglomération, contre 4,8% à l'échelle nationale.
- On observe tout de même une augmentation du niveau de diplôme sur le territoire puisque les titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur passent de 17.5% en 2016 à 20,4% en 2021.

Au regard de la France hexagonale, les habitants du territoire présentent des indicateurs défavorables et un différentiel de :

- - 29% des 18-24 scolarisés ;
- + 13% des 25-34 pas ou peu diplômés ;
- - 56% de cadres et professions intellectuelles supérieures ;
- + 5% de chômage ;
- - 19% de revenu fiscal moyen.

Mais aussi des indicateurs favorables avec un différentiel de :

- - 10% d'allocataires de 20-64 ans de l'allocation adulte handicapé ;
- - 14% d'allocataires bénéficiaires du RSA.

L'état de santé du territoire.

Un état de santé général inférieur à la moyenne nationale

- L'espérance de vie en Normandie est parmi les plus faibles de l'hexagone, et est encore inférieure sur le territoire de l'agglomération.

Espérance de vie	France	Normandie	CALN
Femmes	85,8 ans	84,9 ans	84,2 ans
Hommes	80,1 ans	78,9 ans	77,1 ans

- Le territoire a un indice de vieillissement de 102,9, plus fort que la France, la Normandie et le Calvados - (L'indice de vieillissement est le rapport en pourcentage entre la population âgée de plus de 65 ans et plus et la population âgée de 0 à 14 ans).
- Une surmortalité significative en comparaison à la moyenne de la France métropolitaine, toutes causes, tous âges, constatée chez les femmes et les hommes : +12% chez les femmes ; +15% chez les hommes.
- Des disparités d'espérance de vie existent au sein du territoire de l'agglomération, avec une espérance de vie inférieure sur les territoires de Lisieux (73,4 ans pour les hommes et 82,8 ans pour les femmes) et Saint-Pierre-en-Auge (76,1 ans pour les hommes et 82,7 ans pour les femmes). En comparaison, sur le reste du territoire, l'espérance de vie est comprise entre 77 ans et 78,9 ans pour les hommes, et 84,1 et 85,1 ans pour les femmes.
- Les taux de décès prématurés sont également variables selon les communes du territoire. Par exemple, le taux comparatif de mortalité prématurée pour 1 000 hommes entre 2016 et 2022 est plus élevé à Lisieux (537,3), Saint-Pierre-en-Auge (384,8), Livarot Pays d'Auge (340,1) et Mézidon Vallée d'Auge (319,5). En comparaison, sur le reste du territoire il est de 267.
  Concernant les femmes, les mêmes territoires présentent des taux plus élevés, avec 220,8 à Lisieux, 215,2 à Saint-Pierre-en-Auge, 152,5 à Mézidon Vallée d'Auge et 150,5 à Livarot Pays d'Auge, contre 123,4 sur le reste du territoire.
- Des surmortalités significatives sur le territoire par rapport à la France hexagonale, tous âges et sexes confondus :
  - + 16% par cancers ;
  - +16% pour les maladies cardio-vasculaires ;
  - +20% pour les pathologies liées au tabac ;
  - +10,15% pour troubles mentaux et du comportement ;
  - +28% pour maladies de l'appareil respiratoire.

- Poids des décès selon les principales causes de décès et nombre de décès annuels moyens sur le territoire en comparaison à la Normandie sur la période 2016-2022 (Pourcentage parmi l'ensemble de décès) :
  - 236 décès attribuables aux cancers, soit 26,1% des décès (26,4% en Normandie) ;
  - 209 décès attribuables aux maladies cardiovasculaires, soit 23% (23,1% en Normandie) ;
  - 95 décès attribuables à des troubles mentaux, soit 10,6% (10,8% en Normandie) ;
  - 70 décès attribuables à l'appareil respiratoire, soit 7,7% (6,5% en Normandie)
  - 6,7% pour des causes externes (6,5% en Normandie)
  - 5% pour des maladies du système nerveux (6% en Normandie)
- Les problèmes de santé fréquemment rencontrés sont :
  - 4 622 patients atteints d'un cancer ;
  - 6 773 patients atteints d'une maladie cardio-vasculaire ;
  - 4 528 patients atteints d'une maladie chronique respiratoire (hors mucoviscidose) ;
  - 2 637 patients atteints d'une pathologie pour maladie psychiatrique ;
  - 5 030 patients prennent des traitements psychotropes (anxiolytiques, antidépresseurs) ;
  - 1 339 patients pris en charge pour des conduites addictives.
- Une mortalité tous âges par cancers significativement supérieure chez les femmes et les hommes domiciliés sur le territoire, notamment pour les cancers trachée, bronches et poumons (+32% pour les femmes et +29% pour les hommes).
- Les principales causes de décès (tous âges) par cancer sur le territoire sont les suivantes (pourcentage de décès sur l'ensemble des décès par cancers) :
  Pour les femmes, cancers du sein (17%), de la trachée, des bronches et poumon (15%), de l'intestin (13%).
  Pour les hommes, cancers de la trachée, des bronches et poumons (26%), intestin (11%), côlon-rectum (10%), foie (8,3%).
- Une surmortalité prématurée (avant 65 ans) significative chez les hommes du territoire (Taux comparatif de mortalité pour 100 000 personnes) :
  Pour les femmes :
  - Cancers (74,3 vs 58,8 en France hexagonale) ;
  - Pathologies liées au tabac (26,2 vs 17,3 en France hexagonale) ;
  - Troubles mentaux et du comportement (21,4 vs 11,6 en France hexagonale).

  Pour les hommes :
  - Cancers (112 vs 83,8 en France hexagonale) ;
  - Pathologies liées à l'alcool (50,3 vs 33,5 en France hexagonale) ;
  - Pathologies liées au tabac (58,5 vs 43,8 en France hexagonale) ;
  - Troubles mentaux et du comportement (49,5 vs 34,8 en France hexagonale) ;
  - Suicide (36,8 vs 17,1 en France hexagonale).
- Un différentiel de mortalité prématurée évitable, liée à la prévention, significatif par rapport au national chez les hommes (+40%) et les femmes (+32%), et au système de soins chez les hommes (39%).
- D'après les définitions OCDE/Eurostat de 2019, sous la terminologie mortalité évitable par prévention s'entendent les causes

de décès que des interventions de santé publique et de prévention primaire efficaces (c'est-à-dire avant le déclenchement des maladies/traumatismes, pour en réduire l'incidence) permettraient essentiellement d'éviter.
Les causes de mortalité évitable par traitement sont celles qui peuvent être évitées grâce à des soins de santé efficaces et prodigués à temps, y compris les interventions de prévention secondaire et de traitement (après le déclenchement des maladies, pour réduire le taux de létalité).

L'espérance de vie est moins élevée chez les personnes en situation de précarité, dû à :

- Un moindre recours aux soins et aux droits en général ;
- Des comportements à risques plus marqués ;
- Une santé mentale et physique plus dégradée ;
- Des inégalités qui s'observent dès le plus jeune âge.

- Le manque de professionnels en santé mentale, les longs délais de prise en charge dans les structures et les difficultés de mobilité, obligent la population à se tourner vers les médecins généralistes qui manquent à leur tour de moyens face à ces problématiques.
- En Normandie, 608 suicides (478 hommes et 130 femmes) ont été dénombrés en moyenne annuelle sur la période 2019-2021, soit la deuxième région de France hexagonale présentant le plus fort taux standardisé de mortalité par suicide, derrière la Bretagne. En regard de la France hexagonale, la surmortalité normande par suicide est de +35 %. Sur le territoire de la CALN, ce taux est supérieur à 45%.
Sur le territoire, le différentiel de mortalité par suicide est surtout significatif par rapport à la France chez les 15-34 ans et les 35-54 ans.
- Lors des groupes de travail, l'ensemble des acteurs du territoire se sont entendus sur le besoin d'interconnaissances des acteurs et d'informations sur les dispositifs et actions existants.

L'offre de soins sur le territoire

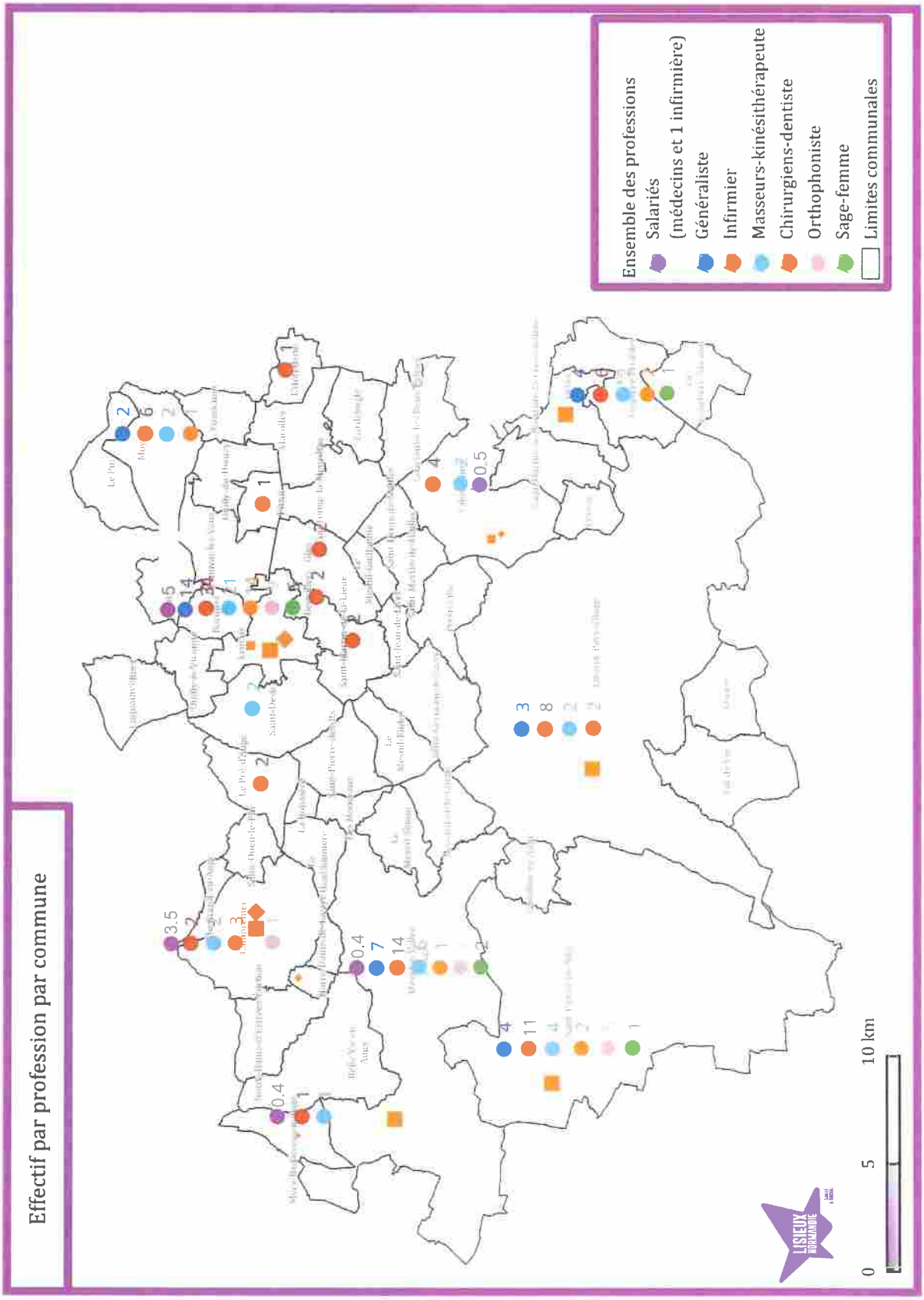
Une démographie médicale en légère augmentation mais toujours vieillissante avec une tendance de renoncement aux soins

- Le territoire compte aujourd'hui 6 pôles de santé libéraux et ambulatoires, 2 antennes, deux centres de santé et leurs antennes, ainsi qu'une maison médicale, soit 130 professionnels au total (contre 104 en 2019). A cela s'ajoutent le centre hospitalier Robert Bisson et la Polyclinique.
- Le territoire comptait en 2024, en professions libérales, 38 médecins généralistes dont 13 de 55 ans et plus, 122 infirmiers et infirmières, 46 masseurs kinésithérapeutes, 23 chirurgiens-dentistes. La densité médicale de 52,2 médecins généralistes pour 1 000 habitants reste inférieure à celle de la Région (67,9 pour 1 000). En revanche la part de médecins de plus de 55 ans est inférieure à la moyenne régionale (39,4%) sur le territoire de l'agglomération (34,2%).
Concernant les autres professions :
  - La densité d'infirmiers est supérieure sur le territoire par

rapport à la Normandie, et égale à la moyenne française.

- La densité de masseurs-kinésithérapeute est égale à la Normandie mais reste inférieure à la France (62,6 sur le territoire, 103,9 à l'échelle française). C'est également une profession vieillissante avec 27% ayant plus de 55 ans contre 19,1% à l'échelle régionale et 18,7% à l'échelle nationale.
- La densité des chirurgiens-dentistes reste inférieure aux moyennes régionales et françaises malgré une augmentation du nombre de professionnels. L'ouverture d'un nouveau centre universitaire de soins dentaires à Caen en 2024 devrait favoriser l'installation de professionnels.

- Les acteurs du territoire ont relevé des difficultés d'accès aux soins, notamment en termes de repérage et d'articulation des professionnels, pour l'ensemble de la population de la CALN, et des difficultés plus importantes pour les personnes en situation de précarité, de fragilité, d'isolement.
- Enfin, des problématiques transverses sont apparues prioritaires par les acteurs, dans les groupes de travail, la mobilité, la fracture numérique, la méconnaissance des dispositifs existants et la précarité financière.
- Depuis le déploiement de la télémédecine assistée et augmentée, un certain nombre de patients bénéficie également d'une prise en charge médicale à distance. Entre 2022 et 2024, les dispositifs déployés sur le territoire ont permis la réalisation de plus de 1 000 téléconsultations.


Effectif par profession par commune
Ensemble des professions
Salariés
(médecins et 1 infirmière)
Généraliste
Infirmier
Masseurs-kinésithérapeute
Chirurgiens-dentiste
Orthophoniste
Sage-femme
Limites communales
0
5
10 km

Méthodologie

L'ensemble des décisions et des orientations prises pour la réalisation du projet est observé et validé par deux instances :

Le Comité de Pilotage : donne l'impulsion du projet, assure le suivi du projet et valide les choix stratégiques, prend des décisions concernant les ressources, la planification, les plans d'actions, la communication, etc.
Le Comité de Pilotage s'est réuni chaque année sur le précédent Contrat Local de Santé.

Le Comité Technique : met en œuvre les orientations validées par le Comité de Pilotage, émet des propositions, coordonne les partenaires, veille au respect de la temporalité et des objectifs.
Le Comité Technique s'est réuni à minima une fois par an sur le précédent CLS.

Evaluation du Contrat Local de Santé :

Pour l'évaluation du premier Contrat Local de Santé, un cabinet externe (Forvis Mazars) a été recruté par l'Agence Régionale de Santé.

Parmi les conclusions rendues, le cabinet a indiqué l'intérêt :

- D'améliorer la visibilité du CLS et mieux communiquer sur les actions et dispositifs (ex : transport à la demande) ;
- De prolonger la durée du CLS pour 5 ans ;
- De reconduire les fiches actions en apportant éventuellement des ajustements ;
- De renforcer l'interconnaissance des professionnels.

Le cabinet d'évaluation a souligné la qualité du premier CLS et de ses réalisations sur le territoire. Les acteurs et partenaires locaux continuent d'être fortement mobilisés sur cette thématique. La bonne articulation avec les actions menées par le Réseau Territorial de Promotion de la Santé est également mise en avant.

En parallèle de l'évaluation menée par le cabinet Forvis Mazars, 6 groupes de travail coanimés CLS/RTPS ont été organisés, réunissant les partenaires sur 2 ateliers permettant de mettre en exergue les réalisations, les manques et besoins de chacune des thématiques du premier CLS.

En quelques chiffres : 6 groupes de travail ; 106 participations ; 80 participants différents représentant 40 institutions ou services

- **GT axe 1 : Accompagner le développement de l'enfant : Mardi 25 février 2025 – 25 participants**
- **GT axe 2 : Accompagner les plus fragilisés dans leur parcours de soins : Mardi 25 février 2025 – 24 participants**

- **GT axe 3 : Développer l'éducation nutritionnelle et l'activité physique : Mardi 4 mars 2025 – 17 participants**
- **GT axe 4 : Encourager la coordination des professionnels autour de la santé mentale : Jeudi 6 mars 2025 – 23 participants**
- **GT axe 5 : Œuvrer pour développer l'attractivité du territoire : Jeudi 6 mars 2025 – 9 participants**
- **GT axe 6 : Agir pour des logements sains et adaptés : Mardi 11 mars 2025 – 10 participants**

La mobilité des habitants étant intégrée dans toutes les réflexions, il a été proposé de supprimer cette axe transversal.
Tous les partenaires ont en revanche fait part d'un besoin d'interconnaissance et de développement de leur réseau. Aussi, un axe transversal « Réseau et coordination » a été proposé pour le CLS2.
Les fiches actions existantes sont mises à jour et prennent en compte les évolutions et souhaits des participants des groupes de travail.

Liste des acteurs mobilisés

- Advocacy Normandie
- Association Accueillir son enfant
- Agence Régionale de Santé Normandie (ARS Normandie)
- Caisse d'Allocations Familiales du Calvados
- Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Calvados et l'UC-IRSA (Institut inter Régional pour la SAnté)
- Centre Hospitalier Robert Bisson de Lisieux (Réseau Territorial de Promotion de la Santé)
- Centre Médico-psychologique (CMP) de Lisieux
- Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) de Lisieux
- Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- Centre d'information des droits des femmes et des familles
- Collectivité territoriale, Communauté d'Agglomération Lisieux-Normandie (CALN) : Service Cohésion Sociale, Service Environnement et développement durable, Service Mobilités, Service Développement économique
- Collectivité territoriale, Ville de Lisieux : Politique de la Ville, Enfance Jeunesse, Sport
- Collectivité territoriale, Ville de Livarot : CCAS
- Communauté Professionnelle et Territoriale de Santé Cœur de Normandie (CPTS émergente)
- DAC 14 (Dispositif d'Appui à la Coordination) – Association Revivre
- DAME Lisieux – APAEI des Pays d'Auge et de Falaise
- Diététiciennes du territoire
- Département – le 14 prévention jeunesse
- Département - Maison des solidarités
- DEETS
- Education Nationale et le Réseau d'Education Prioritaire (REP)
- Association Education Solidarité Information 14 (ESI 14) Lisieux
- Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) de Caen et le Centre Médico-Psychologique Enfants et Adolescents (CMPEA) de Lisieux
- Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
- Association Itinéraires Lisieux
- La Ligue de l'Enseignement – Maison Sport Santé UFOLEP
- La Ligue contre le cancer
- Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS) Saint-Jean-Eudes, Fondation Apprentis d'Auteuil de Lisieux
- Maison départementale de l'enfance et de la famille (MDEF)
- Mission Locale de Lisieux
- Mission Locale de Lisieux – Comité local pour le logement autonome des jeunes
- Mutualité Sociale Agricole (MSA) des Côtes Normandes
- Normandie Pédiatrie
- Permanence d'Accès aux Soins de Santé du CH Lisieux (PASS)
- Planeth Patient
- Pôles de santé libéraux ambulatoires – Coordination
- Préfecture du Calvados
- Association Siel Bleu
- SOS incurie

- Unité d'Aide et d'Accompagnement au Domicile
- Union Départementale des Associations Familiales du Calvados
- Union Régionale des Médecins Libéraux (URML)
- La Villa Verte, Livarot Pays-d'Auge

Les Liens avec les dispositifs déjà existants sur le territoire de la Communauté d'Agglomération Lisieux Normandie

Ce graphique recense l'ensemble des dispositifs mobilisés dans le cadre de l'élaboration et la construction du CLS. Il montre aussi la déclinaison hiérarchique des stratégies et plans au niveau local. Le contenu de l'ensemble de ces dispositifs est présent dans la suite du document.

Dispositifs mobilisés dans le Contrat Local de Santé selon différents échelons

Echelle locale

Réseau Territorial de Promotion de la Santé (RTPS) :

Le Réseau Territorial de Promotion de la Santé (RTPS) est porté par le Centre Hospitalier Robert Bisson de Lisieux, et couvre le territoire de l'agglomération. L'Agence Régionale de

Santé Normandie et la Région Normandie soutiennent cette démarche indispensable pour ce territoire identifié comme prioritaire au regard des indicateurs de l'état de santé de sa population.

Le RTPS a pour objectif général de contribuer à l'amélioration de l'état de santé du territoire dans une optique de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Pour cela, le RTPS accompagne la politique de promotion de la santé sur le territoire, participe à l'élaboration du ou des diagnostics de santé, élabore et coordonne le programme d'actions de prévention et promotion de la santé et mobilise les partenaires, apporte un soutien aux acteurs (méthodologie de projet, ressources, informations et formations, etc.) et favorise le travail en réseau. Le RTPS a également pour mission de développer une culture commune autour des approches, valeurs et principes de la prévention promotion de la santé, sur l'ensemble des thématiques de santé et pour l'ensemble des publics concernés.

Projet Educatif Lexovien (PEL) :

Le Projet Educatif Lexovien (PEL) formalise une intervention éducative globale, transversale, concertée et évolutive en direction des publics 0-25 ans. Il pose clairement le principe que l'éducation est une responsabilité collective et partagée par l'ensemble des acteurs éducatifs intervenants autour des besoins et des priorités identifiés pour les enfants et les jeunes. Le lien, le dialogue, la concertation assurent l'organisation, la clarification des priorités et l'intervention de chacun. Il organise la continuité éducative (ou sa cohérence) entre les trois pôles de l'éducation que représentent les parents, le système scolaire et formatif, et les institutions de loisirs et temps libres.
L'enfant et le jeune restent au centre du dispositif, et la famille un partenaire essentiel parce que premier éducateur.

Le Projet Educatif Lexovien constitue enfin le cadre de la Politique Educative de la Ville de Lisieux. Il assure une mise en cohérence des différents temps de vie de l'enfant (périscolaires et extrascolaires). Il s'articule avec les autres dispositifs existants sur le territoire : le Contrat Ville, le PRE (Programme de Réussite Educative), le PEDT (Projet Educatif de Territoire), etc.

Le PEL a des objectifs communs avec le CLS en termes de prévention, promotion santé, notamment :

- Favoriser la réussite éducative, scolaire et professionnelle ;
- Développer la prévention en direction des enfants, des jeunes et des familles ;
- L'académie des sports.

Contrat de Ville :

Le contrat de ville 2024-2030 comprend un axe « Santé » et a vocation à intervenir sur les champs suivants :

- Favoriser la prise en charge de la santé mentale ;
- Favoriser les actions de prévention ;
- Développer le réseau partenarial autour de la santé.

La Convention Territoriale Globale :

Cette convention a pour objectif de renforcer l'efficacité et la coordination des actions à l'échelle locale dans les domaines identifiés comme prioritaires, à la suite d'un diagnostic. Elle se traduit par la signature d'un accord pluriannuel entre la Caisse d'Allocations Familiales et les villes centres (Livarot, Lisieux, Cambremer, Mézidon Vallée d'Auge, Saint-Pierre-en-Auge, Moyaux, Orbec) et la Communauté d'Agglomération Lisieux Normandie. Des réunions thématiques associant les conseillers techniques et les travailleurs sociaux de la CAF, des élus et des agents administratifs ont été mis en place sur le logement, la petite enfance, les rythmes éducatifs, l'accès aux droits ainsi que la politique d'animation de la vie sociale. La prochaine CTG est signée pour 2025-2029.

Groupe Parentalité :

Un groupe Parentalité s'est créé sur le territoire de Lisieux, avec des acteurs incontournables. L'objectif de ce groupe est de réfléchir et de travailler ensemble sur des actions de soutien à la parentalité sur l'ensemble du territoire de la CALN.

Service Environnement de la CALN :

La Communauté d'Agglomération a l'obligation et la volonté d'élaborer une trajectoire de transition écologique pour son territoire et ce jusqu'en 2050.
Le bon outil pour se faire est appelé Plan Climat Air Energie Territorial ou PCAET. A la fois stratégique et opérationnel, il prend en compte l'ensemble de la problématique climat-air-énergie autour de plusieurs axes d'actions :

- La réduction des émissions de gaz à effet de serre (GES) ;
- L'adaptation au changement climatique ;
- La sobriété énergétique ;
- La qualité de l'air ;
- Le développement des énergies renouvelables.

Son élaboration est en cours en 2025.

Direction Développement Economique de la CALN :

La Direction du Développement Economique porte le Projet Alimentaire Territorial (PAT). L'objectif est d'engager le territoire vers une alimentation moins impactante pour l'environnement, la santé, et dynamisante pour l'économie locale, en rapprochant les différents acteurs pour agir sur l'ensemble de la filière, de la production à la consommation.

Direction Aménagement de la CALN :

Pour répondre aux besoins des habitants du territoire et améliorer leurs conditions de vie au quotidien, la Communauté d'Agglomération Lisieux Normandie a élaboré son premier Programme Local de l'Habitat (PLH) pour la période 2024 – 2029.

Le Programme Local de l'Habitat est un document qui établit une politique de l'habitat à l'échelle de l'Agglomération Lisieux Normandie. Il décline sur six ans les réponses à apporter aux besoins en matière d'habitat, de développement ou d'adaptation de l'offre de logements pour tous les publics. Personnes âgées, jeunes, isolés, ménages modestes, tout le monde doit pouvoir accéder à un logement, et ce sur l'ensemble du territoire.

CPTS Cœur de Normandie

La CPTS Cœur de Normandie est émergente et couvre le territoire de la CALN en s'étendant jusqu'au Pays de Falaise et sur quelques communes du territoire de Terre d'Auge et Val-ès-Dunes. Au moment de la signature du CLS, la CPTS est en cours d'élaboration du projet de santé. Une fois validée, elle contribuera au portage des actions en lien avec les missions d'une CPTS.

Echelle départementale

Comité Technique de Promotion de la Santé (CTPS) du Calvados :

Le Conseil Territorial de Promotion de la Santé du Calvados, piloté par l'ARS, regroupe plusieurs acteurs principaux sur le territoire, dont les coordonnateurs en promotion de la santé, l'Education Nationale, la CPAM, la MSA, la CAF, etc.

Fin 2019, les membres du CTPS Calvados ont mis en lumière les principales problématiques du territoire, et ont priorisé la prévention précoce des conduites addictives, et le renforcement des compétences psycho-sociales dès le plus jeune âge.

Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) – Calvados :

Les priorités du PTSM Calvados :

1. Mettre en place un repérage précoce des troubles psychiques, l'élaboration d'un diagnostic et l'accès aux soins et aux accompagnements nécessaires ;
2. Organiser un parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture (troubles psychiques graves, en situation ou à risque de handicap psychique), en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale ;
3. Permettre l'accès à des soins somatiques ;
4. Prévenir et prendre en charge les situations de crise et d'urgence ;
5. Promouvoir les droits, renforcer le pouvoir de décision et d'action des personnes souffrant de troubles psychiques et lutter contre la stigmatisation ;
6. Agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de santé mentale.

Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées 2023-2028 – DDCS Calvados :

L'objectif de ce plan est de définir, de manière territorialisée, les mesures destinées à répondre aux besoins en logement et en hébergement des personnes prises en charge par le dispositif d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement vers l'insertion et le logement. Le plan se décline en neuf actions mises en œuvre par les partenaires concernés :

- Action 1 : Réinvestir l'observation de l'habitat et du logement ;
- Action 2 : Mettre en œuvre les outils de pilotage et de suivi ;
- Action 3 : Garantir un accompagnement précoce des ménages ayant des difficultés à se maintenir dans le logement ;
- Action 4 : Harmoniser la fonction d'accompagnement social ;
- Action 5 : Mobiliser les acteurs médico-sociaux et sanitaires ;

- Action 6 : Favoriser l'accès au logement ordinaire des publics prioritaires ;
- Action 7 : Fluidifier les parcours en hébergement et logement accompagné ;
- Action 8 : Offrir un parc de logement adapté et accessible aux publics du plan ;
- Action 9 : Renforcer l'action du PDLHIPE (Pôle Départemental de Lutte contre l'Habitat Indigne et la Précarité Energétique).

Echelle régionale

Projet Régional de Santé (PRS) – ARS Normandie :

Le Contrat Local de Santé est basé sur les mêmes objectifs stratégiques que le Projet Régional de Santé de Normandie, à savoir :

- Faire de la prévention promotion de la santé le premier levier du bien-être de la population en agissant sur les déterminants de la santé tout au long de la vie ;
- Réduire les inégalités de santé, qu'elles soient sociales ou territoriales, en offrant une réponse de santé proportionnée aux vulnérabilités ;
- Chaque usager et chaque professionnel doit disposer d'une information lisible ;
- Chaque usager doit bénéficier de services et interventions en santé performants ;
- Développer et pérenniser les synergies avec les institutions publiques et la coordination de leurs politiques au service d'une action globale de santé ;
- Chaque usager doit pouvoir bénéficier d'un parcours fluide.

Afin de répondre aux enjeux de santé normands, le PRS s'articule autour de 12 priorités d'action, avec lesquelles le CLS de la CALN est en cohérence, constituant le fil rouge des actions collaboratives pour la période 2023-2028 :

1. Relever le défi du vieillissement et de la perte d'autonomie ;

2. Mailler l'offre de soins en conjuguant ambition pour la proximité et excellence du recours et en organisant les mobilités ;

3. Améliorer la santé mentale des Normands ;

4. Renforcer l'évolution inclusive de la société ;

5. Garantir aux personnes en situation de précarité l'accès aux soins et services dont elles ont besoin ;

6. Agir collectivement sur les déterminants de santé publique à plus fort enjeu pour les normands et adapter notre stratégie de prévention aux publics cibles ;

7. Développer et renforcer l'autonomie et la capacité des personnes malades et de leurs aidants ;

8. Soutenir l'usager comme acteur du système de santé ;

9. Structurer de nouveaux modèles de prises en charge en favorisant les coopérations et les complémentarités entre les acteurs ;

10. Renforcer l'offre de formation au plus près des territoires ainsi que l'attractivité des métiers de la santé et la fixation des professionnels dans les territoires ;

11. Accompagner les établissements et les professionnels dans leurs transformations structurelles en encourageant notamment le virage numérique et les innovations ;

12. Engager le système de santé normand dans la transition écologique.

Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) – ARS Normandie :

Le PRAPS vise à mettre en œuvre des actions en vue de protéger les personnes qui vivent dans une situation précaire et qui connaissent des difficultés d'accès aux services sociaux et de santé.

Objectifs du PRAPS Normandie en cohérence avec le CLS :

- Informer sur l'accès aux droits et aux soins ;
- Développer des relais et des passerelles ;
- Développer des actions de prévention, de santé communautaire en proximité ;
- Renforcer des Permanences d'Accès aux Soins de Santé ;
- Renforcer la couverture territoriale des équipes mobiles psychiatrie précarité ;
- Permettre la rencontre et la connaissance réciproque sur le territoire de proximité ;
- Prendre en compte les déterminants sociaux par rapport aux problématiques d'accès aux droits à la santé dans les structures de soins de proximité ;
- Travailler en réseau sur le territoire de proximité ;
- Développer les dispositifs de coordination en santé mentale sur le territoire de proximité ;
- Favoriser la formation des professionnels de santé et du social sur la santé des populations vulnérables ;
- Favoriser la formation interinstitutionnelle et soutien des acteurs de première ligne (santé/social) ;
- Organiser des Journées Santé/Social.

Echelle nationale

La stratégie Nationale de Santé 2018-2022 regroupe l'ensemble des stratégies, dispositifs et programmes thématiques retrouvés ci-après. La consultation pour la prochaine stratégie est en cours.

Comité interministériel pour la Santé :

Plusieurs des objectifs de ce Comité concordent avec les objectifs du CLS :

- La santé par l'alimentation :
  - Etendre l'éducation à l'alimentation de la maternelle au lycée ;
  - Veiller à l'alimentation de nos aînés et prévenir la dénutrition chez ce public.
- La santé par l'activité physique et sportive :

Les groupes de travail :

Ils auront lieu sur demande des deux précédentes instances. De manière ponctuelle, en fonction des besoins afin de permettre de rencontrer les partenaires sur une problématique spécifique à aborder en profondeur afin d'obtenir des solutions ou ajustements qui seront alors validés par la suite en comité technique puis en comité de pilotage.

Article 7 : L'évaluation du contrat

Ce processus d'évaluation sera décidé en Comité de Pilotage, en fonction des fiches actions, et pouvant prendre diverses formes allant du bilan à l'entretien qualitatif, organisé par le coordonnateur du Contrat Local de Santé. L'évaluation pourra aussi se faire de manière unilatérale, par la volonté d'un des cosignataires, ARS ou CALN au regard de la pertinence avec les politiques publiques du territoire en question.

Sur la dernière année du CLS, sous l'égide du comité de pilotage, une démarche d'évaluation devra être menée. Celle-ci aura pour but de déterminer dans quelle mesure la stratégie et la dynamique du CLS permettent de développer une politique de santé globale sur le territoire et de proposer un programme d'actions à destination de la population, adapté, de qualité et efficace. Le processus de renouvellement du contrat local de santé s'appuiera notamment sur les résultats de cette évaluation.

Différents indicateurs sont alors retenus ici, afin de procéder à cette évaluation :

- Indicateurs de processus : utilisation qualitative et quantitative des moyens mobilisés pour la réalisation du contrat (les acteurs, les structures, les partenaires) et constatation de l'effectivité des actions du contrat.
- Indicateurs de résultat : constatation de l'atteinte des objectifs fixés dans les fiches actions du contrat.

Des indicateurs seront alors spécifiquement identifiés pour chacune des fiches actions. Cette évaluation pourra être effectuée par un acteur externe aux membres du Comité de Pilotage du présent contrat.

Article 8 : Le financement

Les signataires s'engagent à réserver les moyens financiers permettant la mise en œuvre des objectifs du présent contrat dans le respect de leurs champs de compétences respectifs.

Cette mobilisation de moyens se fait dans le cadre des procédures d'appels à projets et d'allocations de ressources relevant du droit commun en vigueur.

Article 9 : La révision du contrat

Des possibles révisions du présent contrat sont envisageables sous forme d'avenants pouvant porter sur :

- La mise en œuvre de nouvelles actions pour répondre aux attentes de la population

Le comité de pilotage et ses missions :

- Valider les propositions formulées lors des Comités Techniques ;
- Valider les avenants au CLS ;
- Valider les démarches d'évaluation des actions du CLS ;
- Valider le cahier des charges de l'évaluation du CLS.

Il rassemble aussi les partenaires du Contrat Local de Santé sous certaines conditions spécifiques pour accroître l'efficacité de certaines décisions. Ce comité de pilotage se réunira annuellement durant la durée du contrat pour s'assurer du fonctionnement et de la mise en œuvre de ce dernier.

Le comité technique et ses missions :

- Assurer l'articulation des politiques publiques avec l'engagement de chaque partenaire ;
- Définir les axes de travail et orientations du Contrat Local de Santé ;
- Définir le calendrier prévisionnel des actions du Contrat Local de Santé ;
- Participer à l'évaluation annuelle de chaque action ;
- Proposer des ajustements en fonction des résultats constatés à la suite de l'évaluation annuelle présentée par le coordonnateur du Contrat Local de Santé ;
- Coordonner et impulser les actions ;
- Suivre la mise en œuvre et l'évolution de chaque action ;
- Etudier les difficultés rencontrées par les pilotes dans l'organisation des actions ;
- Accompagner les porteurs dans la mobilisation des partenaires sur le territoire du Contrat Local de Santé ;
- Préparer le comité de pilotage.

Cette instance se réunira jusqu'à deux fois par an afin de préparer le comité de pilotage annuel en vue de l'évaluation des résultats des actions du Contrat Local de Santé.

Les membres du comité Technique sont :

- Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale du Calvados ;
- Centre Hospitalier Robert Bisson de Lisieux ;
- Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Calvados ;
- Mutualité Sociale Agricole des Côtes Normandes ;
- Ville de Lisieux ;
- ESI 14 ;
- La Communauté d'Agglomération Lisieux Normandie ;
- Agence Régionale de Santé ;
- Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités du Calvados ;
- Région Normandie ;
- La Caisse d'Allocations Familiales.

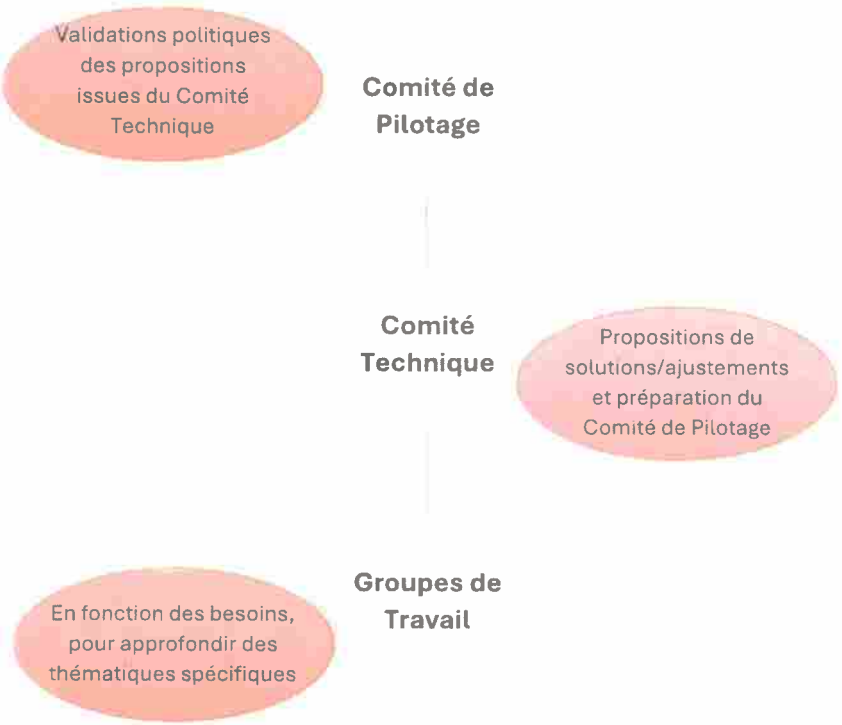
Article 6 : La gouvernance et le suivi du contrat

L'ensemble de la gouvernance du projet de Contrat Local de Santé est régi par trois instances : le comité de pilotage, le comité technique et l'ensemble des groupes de travail réalisés.

Le comité de pilotage est l'instance décisionnaire composée de parties signataires que sont l'Agence Régionale de Santé Normandie, la Communauté d'Agglomération de Lisieux Normandie ainsi que des autres membres du Comité de Pilotage :

- Union Régionale des Médecins Libéraux de Normandie ;
- Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale du Calvados ;
- Centre Hospitalier Robert Bisson de Lisieux ;
- Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Calvados ;
- Mutualité Sociale Agricole des Côtes Normandes ;
- Département du Calvados - Maison départementale des solidarités ;
- Région Normandie ;
- Caisse d'Allocations Familiales du Calvados ;
- Sous-Préfecture de Lisieux ;
- Ville de Lisieux.

Les trois instances de gouvernance et de suivi



L'article 5 : L'animation

L'animation du présent Contrat Local de Santé sera confiée au coordonnateur du Contrat Local de Santé de la Communauté d'Agglomération de Lisieux Normandie, en relation avec l'Agence Régionale de Santé.

Ses principales missions seront donc :

De coordonner la dynamique autour du CLS sur le territoire de l'agglomération (élaboration, mise en œuvre, suivi, évaluation) :

- Animer les instances de gouvernance CLS : comité de pilotage, comité technique et groupes de travail ;
- Favoriser l'identification au niveau local des besoins de santé de la population, intégrant une analyse des déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie ;
- Soutenir la conception, le développement et la mise en œuvre des actions CLS en veillant à leur cohérence au niveau local avec les autres démarches territoriales ;
- Favoriser la communication autour de la démarche des actions CLS ;
- Contribuer à la capitalisation des connaissances expériences et savoir-faire ;
- Soutenir et développer les partenariats au niveau local en veillant à l'intersectorialité ;
- Participer aux dynamiques départementales et régionales (instances de travail animées par les centres de ressource politique de la ville, espaces d'échange et de renforcement des pratiques professionnelles, contrat de ville, etc.).

Dans la conduite de ces missions, une attention toute particulière devra être portée à l'articulation avec les démarches RTPS, Contrat de ville, projet territorial de santé.

Pour chaque fiche action, au moins un porteur est identifié. Il est alors l'interlocuteur privilégié du coordonnateur du Contrat Local de Santé pour l'ensemble de la mise en œuvre et du fonctionnement de l'action en question.

Les missions du porteur d'action :

- Il se réunit avec les autres porteurs de projet pour le suivi des fiches actions à minima une fois par an ;
- Il est engagé à être le maître d'œuvre de l'action dont il a le portage ;
- Il mobilise les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs opérationnels de la fiche action dont il est porteur ;
- Il mesure l'avancée de l'action et les éventuels écarts avec le prévisionnel qu'il communiquera au coordonnateur du Contrat Local de Santé ;
- Il mobilise les partenaires de l'action ;
- Il fait le lien avec les décideurs de son organisation quant aux différentes démarches à mener pour l'établissement de la fiche action.

Le Cadre Conventionnel

Article 1 : Les parties signataires

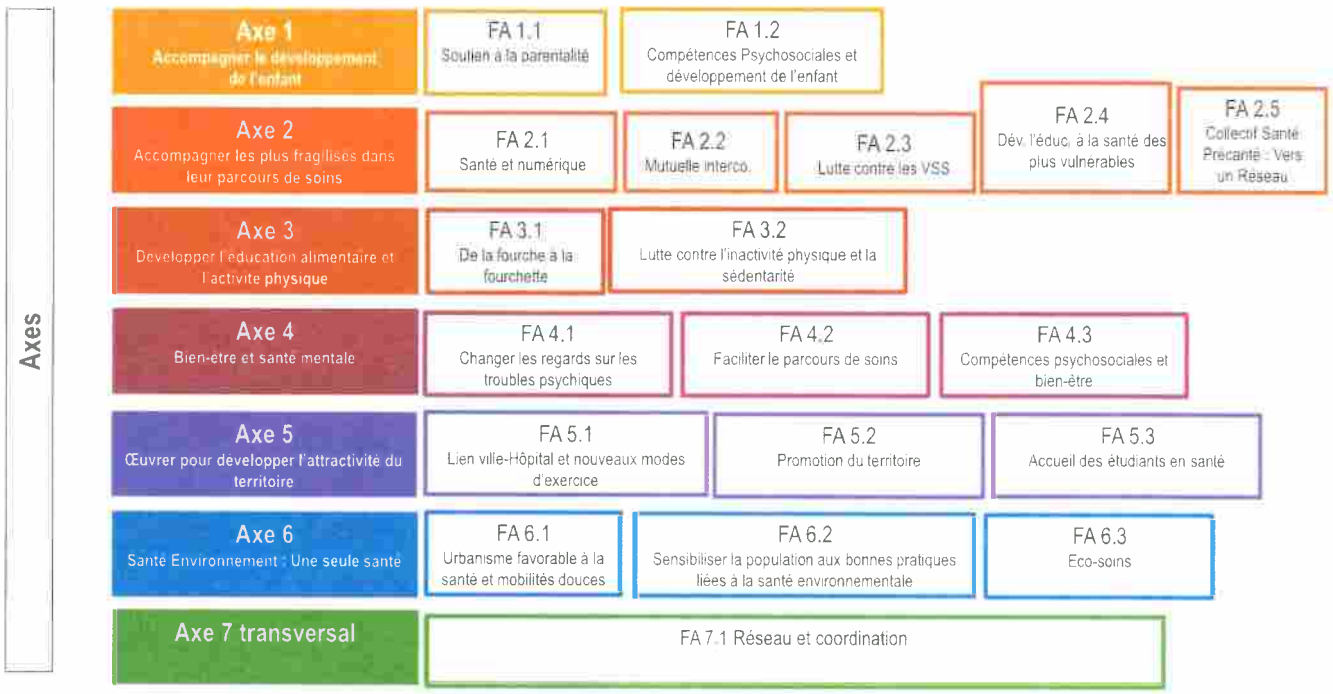
Les signataires identifiés dans le Contrat Local de Santé de la Communauté d'Agglomération de Lisieux Normandie sont :

- La communauté d'Agglomération de Lisieux Normandie, représentée par son Président, Monsieur François AUBEY.
- L'Agence Régionale de Santé de Normandie, représentée par son Directeur Général, Monsieur François MENGIN LECREULX.

Article 2 : Le périmètre géographique

Le territoire concerné et retenu pour le Contrat Local de Santé est celui du territoire de la Communauté d'Agglomération de Lisieux Normandie. Cela concerne donc la totalité des 53 communes et 111 communes historiques, soit un territoire de près de 1 000 km^2. On note ici, les sept principaux pôles urbains que sont Lisieux, Mézidon Vallée d'Auge, Saint-Pierre-en-Auge, Orbec, Livarot Pays d'Auge, Cambremer et Moyaux.

Article 3 : Les fiches actions



L'article 4 : La durée, le calendrier

Le présent Contrat Local de Santé prendra effet à sa date de signature pour une durée de 5 ans renouvelable à la suite de la concertation des signataires.

Dispositif des 1 000 premiers jours :

De nombreuses études ont montré que l'organisme du bébé, dès la grossesse, est particulièrement sensible à ce qui l'entoure, à son environnement. Tout ce qu'il va vivre, que ce soient des choses positives ou au contraire négatives, peut influencer sa santé pour toute la vie.

Certaines expériences négatives pourront venir augmenter son risque de développer un certain nombre de maladies chroniques, une obésité, des comportements liés à des addictions. A l'inverse, les expériences positives auront un impact positif sur sa santé, tout au long de sa vie.

Le Gouvernement a choisi d'en faire une prioritaire. Remis en septembre 2020, un rapport de la commission 1 000 premiers jours a permis d'identifier les facteurs favorables au développement de l'enfant et les leviers pour investir davantage dans l'accompagnement de l'entourage de l'enfant, notamment des parents, pendant les 1 000 premiers jours.

Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance :

Quatre engagements pour les enfants et leurs familles (les enfants porteurs de handicap sont bien évidemment inclus dans cette stratégie) :

1. Agir le plus précocement possible pour répondre aux besoins des enfants et de leurs familles ;
2. Sécuriser les parcours des enfants protégés et prévenir les ruptures ;
3. Donner aux enfants les moyens d'agir et garantir leurs droits ;
4. Préparer leur avenir et sécuriser leur vie d'adulte.

Parmi les conditions pour y parvenir, deux d'entre elles correspondent aux ambitions du CLS Lisieux-Normandie :

1. Encourager l'innovation et l'expérimentation ;
2. Renforcer la formation des professionnels.

Les problématiques et axes stratégiques du CLS Lisieux-Normandie concernant la nutrition sont en cohérence avec certains objectifs du PNNS4, qui sont :

Améliorer pour tous l'environnement alimentaire et physique pour le rendre plus favorable à la santé :

- Améliorer la qualité nutritionnelle des aliments ;
- Mieux manger en restauration hors foyer ;
- Réduire la pression marketing ;
- Encourager la mobilité active ;
- Mieux manger en situation de précarité alimentaire.

Encourager les comportements favorables à la santé :

- Promouvoir et développer le Nutri-Score ;
- Promouvoir les nouvelles recommandations nutritionnelles du PNNS ;
- Lutter contre les comportements sédentaires ;
- Améliorer l'information relative à la qualité des aliments ;
- Accompagner les femmes avant, pendant et après leur grossesse, et durant l'allaitement maternel ;
- Promouvoir auprès des parents de jeunes enfants les modes d'alimentation et activité physique favorables à la santé ;
- Soutenir le développement de l'éducation à l'alimentation et l'activité physique en milieu scolaire dans le cadre du développement d'écoles promotrices de santé ;
- Mieux former les professionnels œuvrant dans le champ de la nutrition pour renforcer leur compétence en prévention dans ce domaine ;
- Promouvoir la variété des images corporelles ;
- Soutenir le développement de l'éducation à l'alimentation en milieu pénitentiaire.

Mieux prendre en charge les personnes en surpoids, dénutries ou atteintes de maladies chroniques :

- Dépister et prendre en charge les personnes obèses dans le système de soins ;
- Prévenir la dénutrition ;
- Développer des actions de dépistage, prévention et surveillance de l'état nutritionnel des personnes en situation de vulnérabilité dans les établissements médico-sociaux ;
- Développer l'offre et le recours à l'activité physique adaptée (APA) à des fins d'appui thérapeutique.

Impulser une dynamique territoriale :

- Promouvoir et faciliter les initiatives/actions locales.

Développer la recherche, l'expertise et la surveillance en appui de la politique nutritionnelle :

- Développer la surveillance de la situation nutritionnelle, de la consommation alimentaire, des comportements sédentaires, de la pratique d'activité physique et de la qualité nutritionnelle des produits alimentaires ;
- Appuyer le PNNS sur une expertise indépendante ;
- Promouvoir une recherche orientée vers le développement d'actions de santé publique.

- Promouvoir les activités physiques et sportives auprès des enfants, des jeunes et des étudiants dans tous les temps éducatifs ;
- Développer la pratique d'activités physiques et sportives en milieu professionnel ;
- Promouvoir l'offre de pratique d'activité physique et sportive pour les séniors ;
- Développer la pratique d'activité physique adaptée pour les personnes atteintes de maladies chroniques ;
- Renforcer la prescription d'activité physique adaptée par les médecins ;
- Augmenter le nombre de personnes en situation de handicap pratiquant une activité physique et sportive.

- Protéger les mineurs de la vente d'alcool et de tabac :
  - Rappeler au grand public l'interdiction de vente aux mineurs de tabac et d'alcool par des actions de communication ;
  - Mettre en place des plans de contrôle coordonnés au niveau local, sous l'égide du préfet, et organiser, en partenariat avec le secteur associatif, des opérations de testing permettant d'évaluer le degré de respect de la législation sur un territoire donné.

Stratégie Nationale Sport Santé Bien-Etre (SNSSBE) :

Le Plan National "Sport Santé Bien-Etre" est une politique publique mise en place conjointement par les ministres chargés des Sports et de la Santé. Il vise à promouvoir les activités physiques et sportives (APS) pour tous et à tous les âges de la vie.

Ce plan a été décliné en 2013 au niveau de chaque région par les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) et les agences régionales de santé (ARS), autour des axes stratégiques suivants :

1. Promouvoir et développer la pratique des APS (particulièrement de loisir) :

– pour les personnes atteintes de maladies chroniques non transmissibles ;
– pour les personnes avançant en âge, quel que soit leur lieu de vie et quel que soit le degré de perte de leurs capacités ;
– pour les personnes en situation de handicap quel que soit leur lieu de vie, en intégrant les APS dans les plans personnalisés de compensation et dans les projets d'établissements.

2. Généraliser et professionnaliser les APS en EHPAD.
3. Renforcer la prise en compte de la promotion de l'APS comme facteur de santé au sein de la politique de la ville en mettant en cohérence les politiques publiques de prévention avec le soutien de l'assurance maladie.
4. Initier de nouveaux partenariats publics et privés.

Programme National Nutrition Santé (PNNS) :

Le Programme National Nutrition Santé est une politique nutritionnelle lancée en 2001 reconnue comme une priorité de santé publique. Le rôle joué par la nutrition comme facteur de protection ou de risque des pathologies les plus répandues en France est de mieux en mieux compris, qu'il s'agisse du cancer, des maladies cardiovasculaires, de l'obésité, de l'ostéoporose ou du diabète de type 2.

Les signataires :

François AUBEY Le Président de la Communauté d'Agglomération Lisieux Normandie	François MENGIN LECREULX Le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Normandie

En présence des membres du Comité de Pilotage

Stéphane BREDIN Préfet du département du Calvados	Armelle FELLAHI Directrice d'académie des services de l'Education Nationale du Calvados
Hervé MORIN Président de la Région Normandie	Jean-Léonce DUPONT Président du Département du Calvados
Nicole CABROL P.O Le Directeur Directrice générale de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Calvados	Myriam HARLEY Directrice de la Caisse d'Allocations Familiales du Calvados
Isabelle GUEGADEN MOREAU Astrid MORIN Directrice Adjointe Directrice générale de la Mutualité Sociale Agricole Côtes Normandes	Philippe CHOLET Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux
Sébastien LECLERC Maire de la Ville de Lisieux	Nicolas BOUGAUT Directeur du Centre Hospitalier Robert Bisson
Stephan JEAN Directeur de l'Association ESI14	

- L'association de nouveaux partenaires au CLS

Article 10 : Les propriétés et publicités des résultats

Les dispositions de cet article sont régies par le Code de la Propriété Intellectuelle. L'ensemble des documents, ou données, quel que soit le support, mentionnent les noms et logos des cocontractants. Ces derniers possédant un droit de regard sur l'ensemble de publicité du présent contrat.

Article 11 : Gestion des litiges, différends entre les parties

Lors de la survenue de litiges, ou différends entre les cosignataires du présent contrat, ces derniers s'engagent à les soumettre aux conciliateurs désignés. Une solution amiable sera alors envisagée dans un délai de 6 mois suite à la première saisie du conciliateur par les parties. Si aucun accord n'est trouvé, la juridiction compétente pourra alors être saisie.

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

A Cambremer, le 10 juillet 2025

Le Président
de la Communauté d'Agglomération
Lisieux Normandie,

François AUBEY

Le Directeur général
de l'Agence Régionale de Santé
de Normandie,

François MENGIN LECREULX