



## Contrat Local de Santé

entre

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé

et

Monsieur le Président de la Communauté de

Communes du Haut-Allier

---

PERIODE 2013-2014

CONTRAT LOCAL DE SANTE DU HAUT ALLIER

## PREAMBULE

Le présent contrat comporte deux signataires pour un développement territorial de santé partagé :

- L'ARS, chargée de la mise en œuvre des politiques de santé sur le plan régional,
- La Communauté de communes du Haut-Allier, positionnée sur le bassin de Langogne, composée de 9 communes regroupant 4500 habitants.

Le secteur de cette structure intercommunale constitue le territoire de l'application du contrat.

Depuis plusieurs années, la préoccupation autour de la santé, et notamment l'offre de soins primaires, s'est développée à partir de la ville de Langogne, pour s'étendre à l'ensemble de la communauté de communes du Haut-Allier. Cette préoccupation concerne quelques bourgs proches des cantons de Chateauneuf-de-Randon, Grandrieu et Villefort et de communes d'autres départements tels que la Haute-Loire et l'Ardèche. Dans cette perspective, le projet d'une maison de santé pluri-professionnelle, adossée à l'hôpital de Langogne, est né. Parallèlement, l'enjeu d'une politique locale de santé publique, fondée sur une approche globale en santé, a émergé.

A l'initiative de la communauté de communes du Haut-Allier et avec l'implication d'élus locaux de nombreux professionnels de santé, libéraux et salariés, de professionnels du secteur social et médico-social, d'institutions, d'établissements de santé, et d'usagers de la santé, ce territoire souhaite aujourd'hui s'engager dans une dynamique territoriale en santé permettant de développer des actions en santé sur le territoire.

La concrétisation de ce contrat que l'on peut qualifier de **contrat de préfiguration**, a pour objectif dans un premier temps de conforter et de pérenniser la dynamique de santé en train de se mettre en place autour de la Maison de santé pluriprofessionnelle et du Centre Hospitalier de Langogne. Il s'agira, dans un second temps, à partir d'un diagnostic territorialisé validé, de construire un projet territorial de santé élargi à l'ensemble des champs du projet régional de santé. Ce projet inclura les éléments du panier de services et sera ouvert à l'ensemble des acteurs concernés, conduisant ainsi à la mise en place d'un **contrat local de santé** consolidé.

**Les signataires du présent contrat, en contribuant au renforcement du partenariat local, ont pour ambition de le faire évoluer vers ce contrat élargi aux représentants des différentes institutions intervenant sur le territoire, durant l'année à venir.**

## LE CADRE LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE



la Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) modifie le code de la santé public en introduisant les articles suivants.

« Art. 1434-1.-Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre.

« Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale.

« Art.1434-2.-Le projet régional de santé est constitué :

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

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

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

« Art.1434-16.-L'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. Ils sont définis après avis du représentant de l'Etat dans la région, d'une part, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, d'autre part et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux de la région.

Les territoires interrégionaux sont définis conjointement par les agences régionales concernées, après avis du représentant de l'Etat dans chaque région et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux compétents sur ces territoires. »

« Art.1434-17.-Dans chacun des territoires mentionnés à l'article L.1434-9, le directeur général de l'agence régionale de santé constitue une conférence de territoire, composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, dont les usagers du système de santé.

La conférence de territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique.

4

La conférence de territoire peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé :« ***La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de Contrats Locaux de Santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.*** »

Article L.1434-2 « *La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé tels que définis à l'article L.1434-17.* »

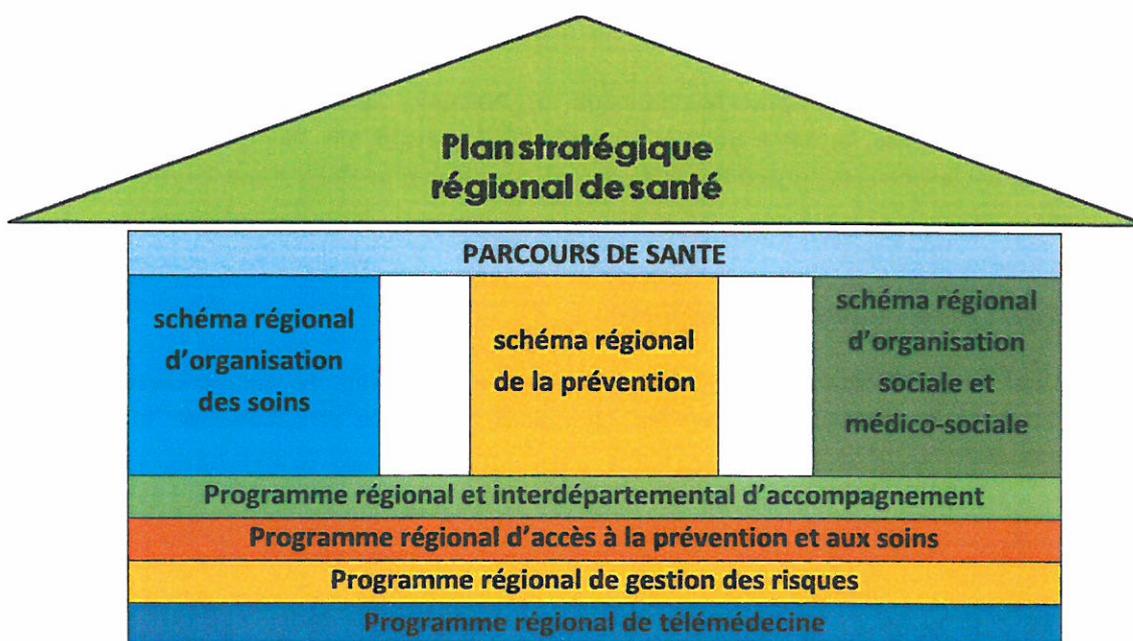
# LES ORIENTATIONS DU PROJET REGIONAL DE SANTE

## Les orientations nationales :

Dans le cadre règlementaire précisé ci-dessus, le Projet Régional de Santé définit les objectifs pluriannuels des politiques de santé que mène l'Agence Régionale de Santé dans ses domaines de compétence, ainsi que les mesures pour les atteindre. Il prend en compte les orientations nationales de la politique de santé et les dispositions financières fixées par les lois de financement de la sécurité sociale et les lois de finances.

Il est constitué :

- d'un plan stratégique régional de santé,
- de 3 schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale, destinés à planifier les ressources
- de 4 programmes : programme régional de gestion du risque, programme régional d'accompagnement, programme régional d'accès à la prévention et aux soins et programme régional de télémédecine. L'ensemble est articulé autour du parcours de santé, visant des populations ou des thèmes spécifiques : personnes âgées, accidents vasculaires cérébraux, santé mentale des jeunes.



Trois priorités nationales transversales ont été retenues par le Conseil National de Pilotage pour l'élaboration des projets régionaux de santé :

- améliorer l'espérance de vie en bonne santé
- promouvoir l'égalité devant la santé
- développer un système de soins et de santé de qualité, accessible et efficient

### **Le Plan Régional de Santé en région Languedoc-Roussillon :**

Celui-ci porte les grandes lignes de la déclinaison régionale de la politique nationale qui sont traduites au niveau du plan stratégique régional de santé, des schémas et des programmes.

**Le Plan Stratégique Régional de Santé**, première étape du Projet Régional de Santé, ouvre des perspectives développées dans les schémas, les programmes et les contrats locaux de santé.

Il dessine aussi les contours de l'action territoriale par la prise en compte de la diversité des territoires.

Ce plan Stratégique a été conçu autour de deux partis pris :

- La convergence des acteurs publics, permettant d'atteindre plus efficacement des résultats en positionnant la santé dans les politiques publiques régionales, en concevant des actions territorialisées coordonnées et en mobilisant des financements en commun,
- La mise en œuvre d'une large démarche participative.

La santé est dans ce cadre appréhendée dans son acception la plus large d'un état de bien être physique et moral et elle suppose pour y parvenir l'intervention de multiples déterminants qui contribuent, aussi bien dans la sphère sanitaire (accès aux soins primaires, à la prévention, aux soins) que social.

### ***Les principaux éléments de diagnostic régional :***

- Une forte croissance démographique mais aussi un fort indice de vieillissement qui doivent conduire à des réflexions innovantes en matière de prise en charge de la dépendance notamment,
- La prégnance d'une précarité qui ne cesse de progresser, dans tous les territoires, dans un contexte de faible emploi et qui interpelle sur l'enjeu de l'accessibilité qu'elle soit financière, géographique ou sociale,
- Un état de santé de la population dans la moyenne mais qui se dégrade, malgré une consommation et une offre de soins de la région au-dessus de la moyenne nationale,
- Des facteurs d'environnement et de risques particuliers qui nécessitent de renforcer les interventions partenariales et les dispositifs de veille d'alerte et de gestion de crise.

Cinq domaines prioritaires sont ciblés, en lien avec les priorités nationales mais également en raison d'enjeux spécifiques identifiés en région :

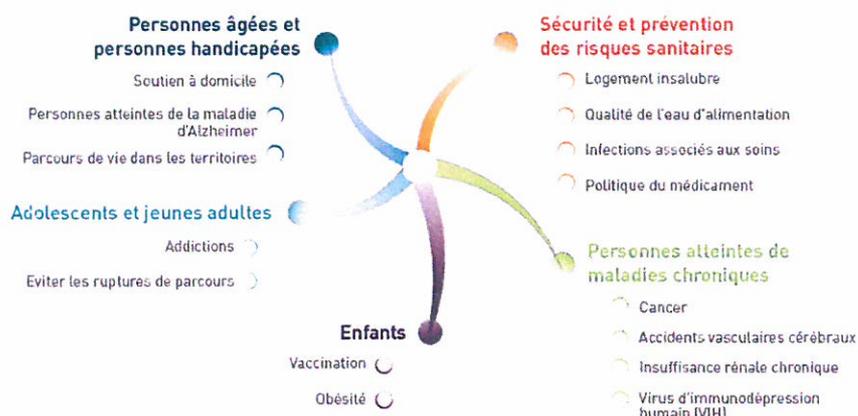
1/Maladies chroniques : promouvoir des modes de prises en charge répondant aux enjeux de chronicité et de dépendance,

2/Comportements favorables à la santé : intervenir précocement pour promouvoir des comportements favorables à la santé,

3/Dépendances et handicap : intégrer et accompagner les personnes dépendantes et handicapées,

4/Parcours en santé mentale : éviter les ruptures de parcours chez les adolescents et les jeunes adultes,

5/Dispositifs de sécurité et de prévention des risques.



Les schémas régionaux ont fait l'objet d'une large concertation et ont été arrêtés en mars 2012. Ils portent sur l'organisation des soins en établissement mais aussi des soins de premier recours (schéma régional d'organisation des soins et schéma des soins de premier recours), sur l'organisation médicosociale dans les domaines des personnes âgées et handicapées et sur la prévention.

Les programmes, dernière étape du projet régional de santé ont été arrêtés au 1<sup>er</sup> octobre 2012. Il s'agit des programmes régionaux de gestion du risque, d'intervention et d'accompagnement, de télémédecine et d'accès à la prévention et aux soins.

L'ensemble de ce corpus constitue le projet régional de santé, publié le 1<sup>er</sup> octobre, qui définit l'action de l'agence régionale de santé pour la période 2012-2017.

En Languedoc-Roussillon, le premier principe d'action prévoit de déplacer le système vers des enjeux de santé publique favorisant l'approche communautaire.

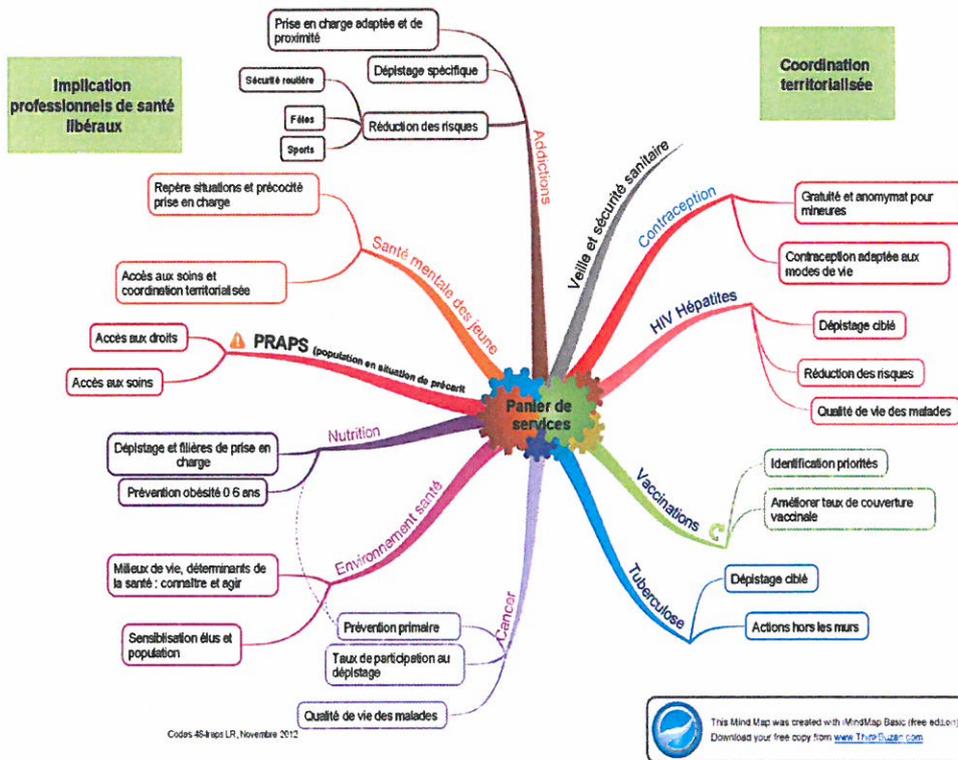
Les outils pour y parvenir consistent à :

- se focaliser sur cinq parcours de santé (personnes âgées, accidents vasculaires cérébraux, maladies chroniques, addictions et santé mentale des adolescents)

- développer sur les territoires des contrats locaux de santé au travers notamment du déploiement du panier de services.

## Le panier de services

Il définit un ensemble de prestations (cf . figure ci-dessous) qui ont vocation à être mise en œuvre en fonction des besoin du territoire et durant toute la durée du projet régional de santé



Les axes d'intervention retenus dans le cadre du contrat local de santé (CLS) s'inscrivent dans les orientations nationales et les priorités définies par le projet régional de santé (PRS)

Ils s'appuient sur un diagnostic territorial partagé qui met en exergue :

- **Deux priorités manifestes : l'accès et la continuité des services.** Les enjeux associés sont le développement de l'information, l'orientation dans l'accès aux droits et l'émergence et la mise en œuvre de réponses de proximité. L'accessibilité associée à la mobilité de personnes et à la faible densité des services seront pris en compte ;
- **L'identification d'une ressource majeure : la future maison de santé pluri-professionnelle** est reconnue comme un organe pivot du projet local de santé en lien avec les dispositifs existants du territoire et du département
- **Des thématiques et des populations prioritaires :**
  - axe 1 : accès aux droits, aux soins primaires et aux services de santé:** qui met en exergue la problématique de la démographie des professionnels de santé et leur accessibilité ;
  - axe 2 : personnes âgées et accompagnement**
  - axe 3 : santé des jeunes et parentalité**
  - axe 4 : promotion de la santé**
  - axe 5 : environnement en lien avec la santé**

## 1/ Les objectifs partagés par les signataires :

- Adapter le Projet Régional de Santé et déployer ses schémas régionaux d'organisation sur le territoire de la communauté de communes, notamment à partir de la mise en œuvre du panier de services.
- Créer de la cohérence entre, d'une part les besoins de santé, de services locaux et les attentes issus du diagnostic territorial partagé, et d'autre part les priorités de santé départementales, régionales et nationales.
- Articuler les politiques de santé et développer la transversalité des actions dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention, de l'accompagnement médico-social, du soin.
- Pérenniser et développer l'animation de la démarche territorialisée de santé notamment basée sur une dynamique de travail en réseau formalisée et l'appui sur une coordination de proximité,
- Décliner les programmes de santé en facilitant et en formalisant les pratiques de réseau sur l'ensemble de la communauté de communes du Haut-Allier.
- Sensibiliser les décideurs et les acteurs locaux sur les questions de santé considérée dans son acception la plus large c'est-à-dire un état de complet bien-être physique, mental et social.
- Accompagner les projets émergents en réponse aux besoins repérés.

Cela suppose dans tous les cas d'accompagner les acteurs locaux sur le plan méthodologique et logistique dans la mise en œuvre de projets locaux de santé adaptés aux besoins des habitants en lien avec les programmes existants.

## 2/ La gouvernance

**Le Comité de pilotage** est une instance décisionnelle qui réunit les **signataires** du CLS :

- De la communauté de communes du Haut-Allier,
- de l'ARS (siège, délégation territoriale),
- du Conseil Général de la Lozère,
- les organismes d'Assurance Maladie représentés par la CCSSL et par la MSA

**Missions** : son rôle est de piloter le contrat local de santé, de valider le bilan de l'année précédente et les perspectives/orientations de l'année suivante. Il a une vocation opérationnelle (suivi de l'avancement du contrat, prises de décisions collectives et particulières relevant de son champ de délégation...) et une vocation plus stratégique, notamment en travaillant sur les éventuels facteurs de blocage. Cette instance sert aussi de relais stratégique pour la pérennisation du dispositif et de ses actions (inscription dans la commande publique, financement...). Le Comité de pilotage est essentiel à la sécurité du chef de projet : il valide les décisions importantes et arbitre quand nécessaire.

**Rythme** : Il se réunit autant que de besoin sur la période de préfiguration, puis au moins deux fois par an : pour valider le bilan de l'année précédente et les perspectives/orientations de l'année suivante, et selon les calendriers des actions.

**Le Comité consultatif technique** est l'instance de mobilisation des principaux **partenaires** institutionnels et/ou d'actions.

C'est une instance de concertation (hors filière de décision) avec les principaux partenaires engagés dans le CLS autour de la mise en œuvre du programme d'actions. Il détermine un programme de travail (proposé au Comité de Pilotage, et/ou proposé par celui-ci). Il permet de travailler sur **l'implication concrète des partenaires**, que ce soit d'un point de vue des ressources (mobilisation de financement, mise à disposition de personnels...) que de l'action (portage de projets, partenaires dans un projet...). C'est donc le niveau hiérarchique « décisionnaire » des partenaires qui est présent dans cette instance. Il a aussi une fonction **d'expertise permanente** :

- actualisation du diagnostic par le repérage de nouveaux besoins et propositions de nouvelles orientations en matière d'action ;
- vigilance sur l'actualité des politiques de santé publique.

**Composition (non exhaustive) :**

- De la communauté de communes du Haut-Allier,
- de l'ARS (siège, délégation territoriale),
- des services du Conseil Général de la Lozère,
- de la Caisse Commune de Sécurité Sociale de la Lozère,
- de la MSA,

- de la DDCSPP,
- de l'Education Nationale
- De la DREAL
- ...

La composition de ce comité pourra évoluer en fonction de l'évolution du programme de travail en associant les professionnels compétents.

**Rythme** : le rythme est évolutif en fonction du travail à effectuer. Une réunion de travail trimestrielle semble être un rythme adapté pour un travail constructif.

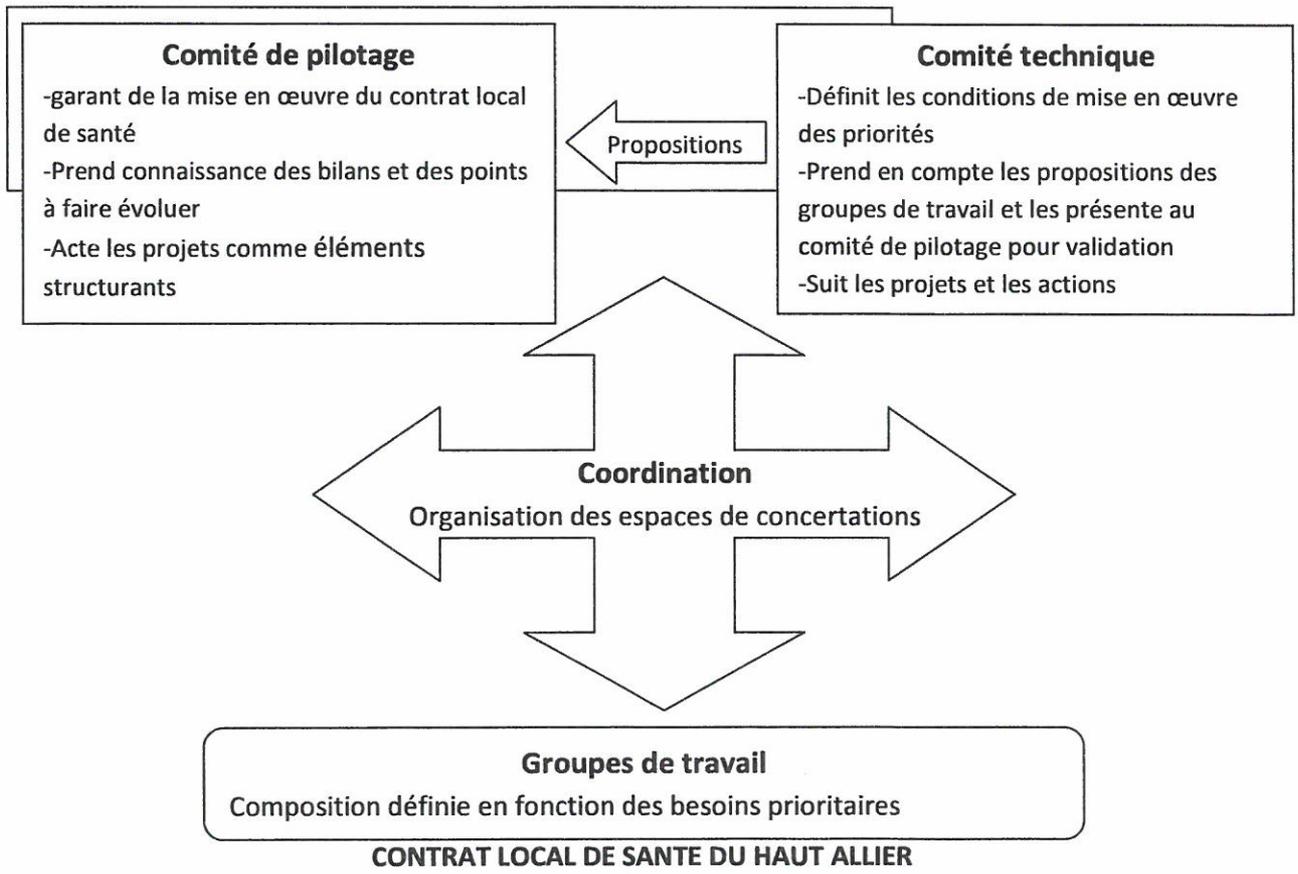
**Les groupes de travail :**

Enfin, ce comité technique peut mettre en place des groupes de travail thématiques autant que de besoin en fonction de son programme d'activité.

**3/ Ingénierie et coordination**

Dans un premier temps, la délégation territoriale organise l'appui en termes d'ingénierie.

La personne chargée de l'animation est mandatée dans le cadre des orientations du comité de pilotage par l'ARS et la communauté de communes. Elle participera à l'instance de suivi du contrat local de santé et elle sera force de proposition pour l'évolution du contenu du projet en fonction de l'évaluation, des observations et besoins repérés sur le périmètre du contrat, des leviers et des ressources disponibles.



## 4 / Les axes d'intervention et la méthodologie

### 4.1 Les priorités

Elles seront définies à partir des axes repérées dans le cadre du diagnostic (en annexe).

### 4.2 Les axes d'intervention sur les thématiques ou les populations prioritaires :

Le travail sera conduit sur la base de valeurs transversales :

- réduction des inégalités sociales et territoriales de santé
- approche globale de la santé, par le développement de la démarche « parcours de santé » travail en pluridisciplinarité / articulation soin et prévention / articulation individuel et collectif / prise en compte des parcours de soin (qui privilégient la vision sanitaire), et des parcours de vie (qui introduisent l'intersectorialité et prend en compte les déterminants).
- participation des usagers.

#### Les axes d'intervention :

La définition des axes d'intervention s'appuiera sur :

- les conclusions du diagnostic réalisé par le Codes ;
- les priorités retenues par les membres du COPIL en cohérence avec un souci de consolidation de l'existant pour point de départ et la volonté d'articulation avec les priorités régionales de santé ;
- la formulation d'axes de travail opérationnels, sous la forme de fiches-actions, définies dans le cadre de groupes de travail où seront invités l'ensemble des acteurs concernés par chacune des problématiques identifiées.

En lien avec l'identification des priorités et les conclusions du diagnostic (en annexe), cette définition s'appuiera sur cette base d'axes d'intervention prioritaires :

#### **1. Accès aux droits, aux soins et aux services de santé**

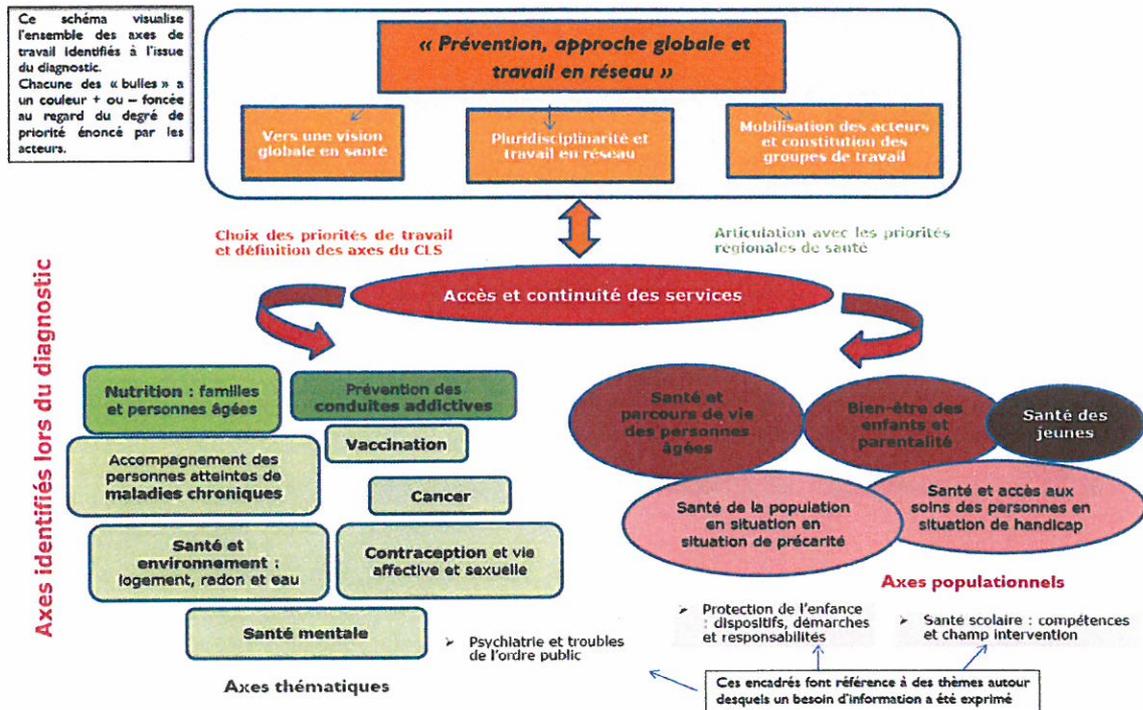
- Interroger la structuration et l'organisation du panier de services, du parcours de santé AVC, de la MSP sur le territoire
- Développer la prévention et la démarche de promotion de la santé auprès des populations fragilisées et défavorisées.
- Favoriser l'accès aux droits et aux soins de ces populations

#### **2. Les personnes âgées : accompagnement**

- Développer et accompagner une vie à domicile de qualité
- Favoriser des prises en charge adaptées et accompagner le parcours de soins et de vie.

#### **3. La santé des Jeunes, problématique spécifique et prises de risque**

- Faciliter l'accès aux soins et à la prévention pour les jeunes de 15 à 25 ans (contraception, addictions, santé mentale),
  - Travailler en lien avec les professionnels ayant en charge des jeunes, et plus particulièrement des jeunes en difficulté,
  - Soutenir / étayer la parentalité.
  - Améliorer la prise en charge des personnes et trouver les moyens pour améliorer la qualité de ces prises en charges
4. **Promotion de la santé de manière générale**
- Développer la prévention dans les domaines des conduites addictives de la vie affective et sexuelle, la vaccination,...
  - Favoriser le dépistage et notamment les dépistages organisés
5. **Information et sensibilisation à propos de sujets liés à l'environnement : habitat, qualité de l'eau destinée à la consommation humaine**
- Lutte contre l'habitat indigne (en annexe)



**Source :** Extrait du Diagnostic

#### 4.3 Méthodologie

Le présent contrat Local de Santé s'appuie sur une méthodologie dont seront garants les membres du COPIL et qu'animeront l'association porteuse de l'animation et de la coordination du CLS. Des grands axes sont donnés ci-dessous. Ils seront affinés et détaillés tout au long de cette année de préfiguration.

1. **Un diagnostic partagé** sur les besoins de santé et de services de la population (en annexe ) à partir de l'observation du comité d'éducation à la santé complétée d'une dynamique de veille partagée par les acteurs associés au CLS.
2. **Une articulation de « l'ascendant » avec le « descendant »**
  - Repérer les énergies, les projets, et les soutenir
  - Injecter de la méthode afin de garantir la qualité et permettre la pérennisation
  - Intégrer dans un cadre structurant : mettre en lien avec d'autres projets, un programme, un dispositif
  - Mettre en lien avec le PRS
3. **La création de liens et d'espaces de concertation**
  - Comité consultatif technique
  - Groupes de travail
4. **La définition des priorités**
5. **La mise en œuvre des actions** au regard de priorités et des ressources disponibles avec **3 axes de travail transversaux**
  - Promotion de la santé, éducation à la santé, prévention
  - Soutien aux acteurs des réseaux, professionnels, élus, associations d'usagers : formation, information, communication, échanges d'expérience....
  - Prise en charge coordonnée, articulation du soin et de la prévention
6. **Evaluation**

Elle pourra s'appuyer sur les travaux menés par l'ARS sur l'émergence d'un observatoire local de la population et de ses problématiques de santé.

Elle prendra en compte l'indicateur de développement humain

L'évaluation des actions se réalisera au moyen de critères quantitatifs et qualitatifs définis et des bilans des actions réalisées.

L'objectif est de conclure un contrat local de santé à travers l'émergence d'un projet territorial de santé.

## 5/ Un contrat à faire évoluer

Le présent contrat de préfiguration est volontairement restreint afin de consolider l'existant comme point de départ. Il permettra de s'orienter dans un second temps vers un contrat local de santé fondé sur un projet territorial de santé à élaborer. Ce dernier pourra concerner tous les champs du PRS et tous les acteurs intervenant sur ces champs. La déclinaison se fera en fonction des ressources mobilisables et des priorités repérées sur le territoire.

Dans l'attente de la conclusion de ce contrat, des actions seront progressivement mises en place permettant de mettre en œuvre les priorités définies dans ce premier contrat.

Ce contrat pourra s'ouvrir à d'autres partenaires (collectivités territoriales, ...) par décision du comité de pilotage. Les modalités financières et de gouvernance seront précisées dans le contrat local de santé.

**Calendrier :**

Construction du projet territorial de santé et des projets locaux : dès la signature

Construction et partage des diagnostics actualisés : dès la signature

Définition des objectifs au regard des objectifs du PRS et des schémas : 2013/2014

Mise en œuvre des actions en fonction des ressources et leviers disponibles : durée du contrat

Signature d'un contrat local de santé : 2ème semestre 2013 ou 1er semestre 2014.

**6/ Financement (annexe financière)**

L'ARS s'engage à mobiliser des ressources afin d'assurer le financement d'actions et de l'ingénierie et en missionnant par la délégation territoriales les capacités d'expertise du Codes notamment. Par ailleurs, l'ARS mobilisera les opérateurs qui sont dans son champ de compétence.

Le CCHA apporte une part de financement à travers son engagement sur le volet de la coordination.

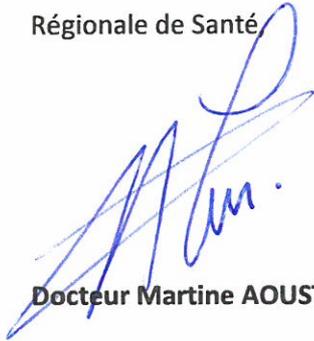
La mise en œuvre du CLS implique de nombreux opérateurs dont les actions sont financées par des ressources de l'ARS et de l'assurance maladie. Ces partenaires seront sollicités pour définir les modalités d'intégration au CLS.

**Annexe financière sur le volet de la coordination :**

Financiers	PROPORTIONS	MONTANTS
ARS Languedoc-Roussillon	2/3	20 000 €
Communauté de Communes du Haut-Allier	1/3	10 000 €

**Signataires :**

Le Directeur Général de L'Agence  
Régionale de Santé



**Docteur Martine Aoustin**

Le Président de la Communauté  
de Communes du Haut-Allier



**Gérard Souchon**

Annexe :



Diagnostic CC du Haut Allier

