



Contrat Local de Santé du Médoc 2018-2023





[Handwritten signature]

Contrat Local de Santé du Médoc 2018-2023

Contexte

Le Pays Médoc, composé de 53 communes regroupées en 4 Communautés de Communes (Médoc Atlantique, Médoc Cœur de Presqu'île, Méduillienne et Médoc Estuaire), compte 102 750 habitants (INSEE 2017).

Délimitée par l'océan Atlantique à l'ouest et par l'estuaire de la Gironde à l'est, le Médoc est une presqu'île qui s'étend sur 2 400 km². Bordée par deux étendues d'eau, elle présente plus de 100 km de côte océanique du Porge au Verdon-sur-Mer et autant de littoral estuarien de Blanquefort à la Pointe de Grave.

Elle accueille des situations socio-démographiques diverses :

- une zone nord qui concentre une précarité structurelle, historique, à laquelle s'ajoute désormais une précarité conjoncturelle et migratoire, à une population vieillissante ;
- une zone centre, attractive, alimentant des dynamiques internes avec des fragilités sociales récurrentes et des populations aux profils contrastés ;
- et une zone sud, très attractive, avec une population plutôt jeune ayant un emploi majoritairement à l'extérieur du territoire.

Compte tenu :

- d'un risque de raréfaction de la ressource médicale pouvant contribuer à entraîner une perte de chance pour les usagers (risque de renoncement aux soins) ;
- de l'accroissement de la demande de soins liée à la venue de nouveaux habitants et au vieillissement de la population ;
- de l'existence de fortes inégalités sociales et de situations d'exclusion dénotant des phénomènes de dépendance et de perte d'autonomie ou d'incapacité à l'atteindre ;
- des rapports à la santé variables chez les publics fragiles : difficulté de suivi des traitements et/ou des rendez-vous médicaux, recours en urgence au système de santé, évitement du système de soins par peur... ;
- de la prégnance des problèmes de santé liés aux addictions ;
- de l'épuisement de certains acteurs locaux lié à des conditions d'exercice difficiles mais aussi à l'étendue du territoire qui accentue le sentiment d'isolement ;
- d'une problématique de mobilité ;
- de la méconnaissance des ressources, initiatives ou dispositifs existants sur le Médoc ;
- d'une recherche de fonctionnement transversal et intersectoriel à poursuivre ;

... ce grand bassin de vie du Médoc, dont la population évolue aux rythmes des soldes migratoires positifs, appelle le développement d'une offre de services de qualité, à la fois pour conforter son attractivité et renforcer sa cohésion sociale.

Cette aspiration apparaît fortement dans le domaine de la santé. Les besoins des habitants et les attentes des acteurs locaux convergent vers l'organisation d'une offre de soins de proximité et une amélioration de la structuration du parcours de santé des personnes, avec une prise en compte particulière des publics les plus fragilisés.

Le Contrat Local de Santé (CLS) Médoc 2018-2023 succède donc au premier CLS dont la mise en œuvre a débuté en 2013.



L'inscription préalable du territoire dans une démarche de Contrat Local de Santé a contribué à structurer une dynamique d'acteurs autour d'une volonté partagée de répondre collectivement aux enjeux de santé du territoire et aux besoins des personnes.

Ce deuxième CLS s'inscrit dans cette voie qu'il entend conforter et accroître par une coopération plus forte ancrée sur un enjeu essentiel de réduction des inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé. Dans cette perspective, les actions déployées doivent permettre de limiter leur constitution et de mieux compenser celles déjà acquises. Les interventions ciblent ainsi prioritairement les territoires fragiles et les populations vulnérables par une action sur les déterminants de santé. Une attention particulière est portée à la périnatalité, à l'enfance et à l'adolescence qui constituent des périodes clé dans la construction des inégalités sociales.

Le contrat définit le socle des engagements partagés entre signataires :

- principes fondateurs
- diagnostic partagé
- finalités communes
- objectifs à atteindre
- contributions respectives

Les actions à visée opérationnelle seront quant à elles soumises à la validation des signataires réunis en comité de pilotage sur toute la durée du contrat afin de les ajuster au plus près des réalités. Il s'agit d'encourager une approche dynamique, non figée du CLS, tout en préservant une cohérence et une lisibilité. Par conséquent, ces actions ne sont pas décrites dans le présent contrat.

Fondements de la signature du CLS pour

> **L'Agence Régionale de Santé Nouvelle Aquitaine**, sur les principes du Projet régional de santé : *L'ARS a souhaité s'engager dans la signature de Contrats Locaux de Santé (CLS) avec certaines communes de Nouvelle-Aquitaine, ces contrats apparaissant comme l'un des outils privilégiés pour lutter contre les inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé (ISETS). Le CLS Médoc s'inscrit dans le Projet Régional de Santé (PRS) défini par l'Agence.*

> **Le Syndicat Mixte du Pays Médoc :**

Le Syndicat Mixte du Pays Médoc, inscrit depuis de nombreuses années dans une politique locale de santé publique et dans la perspective de l'obtention du label « Parc naturel régional » pour le territoire, considère que la signature d'un 2^{ème} Contrat Local de Santé constitue une opportunité de conforter et d'accroître les actions qu'il mène ou soutient sur son territoire, à travers ses différents services et en partenariat avec les structures associatives et institutionnelles.

> **La Préfecture de la Gironde :**

La Préfecture de la Gironde maintient son engagement dans la contractualisation.

En effet, les contrats locaux de santé (CLS) participent à la construction des dynamiques territoriales de santé. Ils permettent ainsi la rencontre d'un projet porté par l'Agence Régionale de Santé (ARS) dans le cadre du Projet Régional de Santé, et des aspirations des collectivités territoriales pour mettre en œuvre des actions au plus près des populations.

Ce 2^{ème} contrat local de santé Médoc atteste cette dynamique collective pour l'ensemble de ce territoire, en matière d'offre de soins et de santé.

> **Le Conseil départemental de la Gironde :**

Le Conseil départemental de Gironde s'engage à contribuer à la réalisation des objectifs du Contrat Local de Santé dans le cadre des politiques et priorités départementales, en lien avec les différents schémas



départementaux, en veillant à la cohérence des actions sociales et médico-sociales et en encourageant la coopération et la coordination des acteurs, des services et des établissements sur le territoire du Médoc.

> La Région Nouvelle Aquitaine :

Le Conseil Régional Nouvelle-Aquitaine souhaite s'engager dans le Contrat local de santé Médoc 2018-2023 en raison des problématiques spécifiques du territoire qui se retrouvent dans la feuille de route santé du Conseil Régional adoptée le 18 décembre 2017 et le Plan Régional Santé Environnement :

- la question du lien pesticides/santé

- les problématiques d'accès à la santé et de prévention pour trois types de population : les jeunes, les chômeurs et les agriculteurs.

La Région pourra soutenir des projets qui ont un lien avec ces sujets.

> La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de la Gironde, la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSA) Aquitaine et la Mutualité Sociale Agricole (MSA) de la Gironde :

La CPAM 33, la CARSA Aquitaine et la MSA 33, compte tenu de leurs missions, poursuivront leurs engagements dans le Contrat Local de Santé du Médoc, particulièrement sur les axes ou actions relatifs à l'accès aux droits et aux soins, à la prévention du vieillissement, à la prévention du risque professionnel et de la santé au travail. Elles articuleront plus particulièrement leur investissement dans le Contrat Local de Santé et son plan d'actions avec les démarches et les moyens engagés à l'échelle du territoire du Médoc, mais également avec les orientations des conventions d'objectifs et de gestion des branches maladie, vieillesse et risques professionnels et leur déclinaison régionale dans le cadre des conventions pluriannuelles de gestion.

> L'Association pour Aider, Prévenir, Accompagner en Médoc (AAPAM) :

L'AAPAM, acteur territorial engagé de longue date dans la réponse aux besoins d'aide, d'accompagnement, de soins à des personnes fragilisées par l'âge, la maladie ou le handicap à domicile, s'engage à poursuivre la dynamique de coopération, de structuration territoriale, de mise en lien et en cohérence des acteurs afin de permettre les services et l'accès au soin à toutes les personnes du territoire.

> L'Association Départementale des Amis et Parents de Personnes Handicapées Mentales de la Gironde (ADAPEI) :

L'ADAPEI de la Gironde, engagée dès le premier Contrat local de santé en Médoc, souhaite poursuivre ses actions et les coopérations nouées à cette occasion pour renforcer et développer les actions de promotion, de soutien et d'accompagnement à la santé à destination des personnes accueillies dans les établissements et services du territoire.

> L'Association Rénovation :

L'association Rénovation, engagée de longue date dans l'accompagnement des médocains à travers ses services (centres médico-psychologiques infanto-juvéniles du CSMI - Aide Educative à Domicile - Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile - dispositif de prévention du risque suicidaire), entend poursuivre son engagement et développer ses partenariats en faveur de la prévention et de la continuité des parcours sur un territoire à la forte identité.

> Le Centre Hospitalier Charles Perrens (CHCP) :

Le Centre Hospitalier Charles Perrens tient à s'engager dans le nouveau Contrat Local de Santé du Médoc afin de poursuivre le travail de maillage du soin engagé dès la signature du 1^{er} contrat sur les secteurs de la psychiatrie qui lui sont dévolus, et ce au titre de la psychiatrie adulte comme de la psychiatrie infanto-juvénile.

> Le Conseil Départemental de Gironde de l'Ordre des Médecins :

Le CDOM souhaite s'engager dans la signature du CLS Médoc 2018-2023 conscient des enjeux que ce territoire a à relever en termes de démographie médicale, d'organisation des soins (Réseau de soins, MSP, PDSA, ...) et de l'accès aux meilleurs soins pour tous. Fort de son expertise et de sa position privilégiée au carrefour de



l'ensemble des modes d'exercice de la profession médicale, le CDOM souhaite contribuer à la réalisation de ce nouveau CLS en Médoc.

> L'Education Nationale :

L'Education nationale développe activement les parcours éducatifs de santé des enfants et adolescents scolarisés. Elle souhaite poursuivre cette action en tant que signataire du Contrat Local de Santé du Médoc afin de renforcer le partenariat déjà existant et contribuer à la réduction des inégalités sociales et spatiales de santé.

> L'Hôpital Suburbain du Bouscat :

L'Hôpital Suburbain du Bouscat, engagé depuis plusieurs années dans la prise en charge de la population médocaine, souhaite poursuivre sa mission en tant que signataire du contrat CLS Médoc 2^{ème} génération et développer ses actions d'accessibilité à l'offre de soins en partenariat avec les différents acteurs.

> Le Pavillon de la Mutualité – Clinique mutualiste du Médoc :

La Clinique Mutualiste du Médoc maintient son engagement dans le Contrat Local de Santé du Médoc 2^{ème} génération et entend poursuivre son investissement sur le territoire en garantissant un accès aux soins de santé pour tous.

> L'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) des Chirurgiens-Dentistes Nouvelle Aquitaine :

L'URPS des Chirurgiens-dentistes Nouvelle Aquitaine souhaite s'engager en faveur de l'organisation et de l'évolution de l'offre de santé bucco-dentaire sur le territoire en tant que signataire du CLS Médoc. Elle tient en particulier à contribuer à l'adaptation de l'offre de soins et au développement des démarches de prévention, en partenariat avec les acteurs institutionnels et associatifs.

> L'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) des Masseurs-Kinésithérapeutes Nouvelle Aquitaine :

L'URPS des masseurs-kinésithérapeutes de Nouvelle Aquitaine souhaite s'engager sur le territoire du Médoc en signant le contrat local de santé associé afin de participer à l'évolution de l'offre en santé.

> L'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) des Pharmaciens Nouvelle Aquitaine :

Fort de sa représentativité des pharmaciens d'officines libéraux de Nouvelle-Aquitaine, professionnels de santé de première proximité disponibles sans rendez-vous pour les patients et les aidants, l'URPS Pharmaciens Nouvelle-Aquitaine souhaite s'engager dans le Contrat Local de Santé du Médoc afin de faciliter encore davantage le suivi du parcours patient en collaboration étroite avec les autres professionnels de santé et les acteurs médicaux-sociaux du territoire désigné.

Tous les signataires :

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

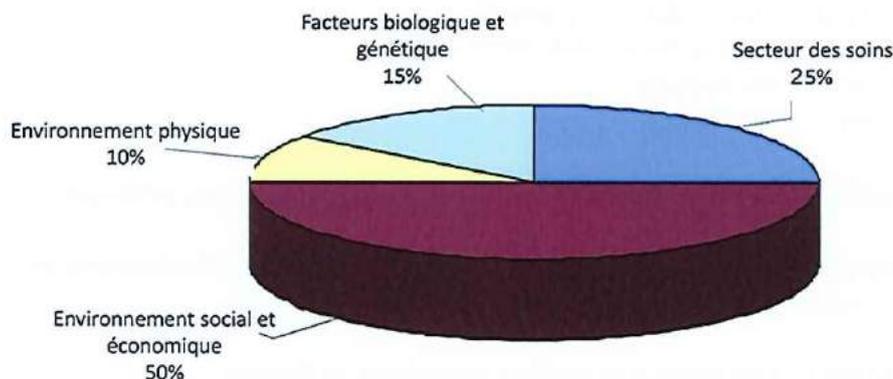
(Cf. partie Comité de Pilotage sur les engagements plus précis et généraux)



L'articulation des politiques publiques pour la réduction des inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé (ISETS)



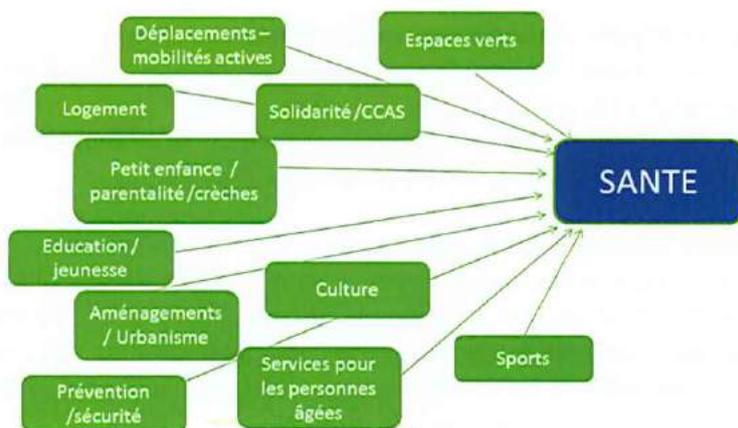
Estimation de l'impact des déterminants sur la santé de la population



Source: Canadian Institute for Advanced Research, cited by The Conference Board of Canada www.conferenceboard.ca

Les collectivités locales ont aussi un rôle important à jouer aux côtés des professionnels de santé. Les besoins des populations ne peuvent pas être traités uniquement d'un point de vue individuel car les problèmes de santé sont étroitement liés à l'environnement social et économique.

La Santé dans toutes les politiques locales



Prises isolément, ces politiques locales pèsent peu sur l'état de santé. Il convient donc de les mettre en synergie dans un objectif d'amélioration de l'état de santé des populations. La logique de convergence de l'action partenariale entre les acteurs locaux, porteurs de ces politiques, est donc essentielle.

Il s'agit d'utiliser les marges de manœuvre existantes au niveau local pour agir :

- sur les milieux de vie, les environnements de vie (social, économique, culturel, travail, habitat...) afin de les rendre propices à induire des comportements favorables à la santé
- et, de façon ciblée, sur les groupes sociaux vulnérables (accès aux services : horaires, médiateurs... / estime de soi ...)

Les principes politiques partagés

Dans la continuité et l'ajustement du 1^{er} contrat, il s'avère nécessaire de réaffirmer et/ou d'orienter les stratégies d'intervention du CLS 2 en faveur :

- de la prévention et de l'amélioration des déterminants de santé
- de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé
- des populations et des territoires vulnérables
- de la coordination et de la coopération entre acteurs
- de la participation des usagers
- du « aller vers » et du « faire avec »

Ainsi, les partenaires signataires fondent leur action partagée sur les principes suivants :

> **Définir un objectif explicite de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé** (sans quoi il est possible de proposer des actions aggravant au contraire les ISETS)

> **Agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé**

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

> **Apporter des réponses graduées en fonction des besoins de la population**

Les inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé ne touchent pas seulement les personnes les plus défavorisées. L'ensemble de la population est concerné. « Les inégalités sociales de santé suivent une distribution socialement stratifiée au sein de la population. En d'autres termes, chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité, de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieure » (INPES).

> **Agir sur les inégalités d'accès et de continuité du système de soins**

Certaines inégalités sont liées à l'organisation même du système de soins. C'est pourquoi les signataires attachent une importance à l'accès aux droits, à l'accès aux soins de premier recours et à la continuité du parcours de santé. Ces accès et cette continuité doivent être particulièrement améliorés pour les personnes fragiles et défavorisées, plus sensibles aux ruptures.

> **Penser et développer la participation citoyenne**

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

> **Promouvoir un parcours de santé cohérent et adapté à chacun**

Favoriser la mise en œuvre de parcours cohérents de santé, allant de la prévention à la prise en charge en passant par les soins en identifiant au préalable les inégalités rencontrées dans les parcours (points de ruptures, publics concernés...)

> **Adopter une approche intersectorielle**

Le CLS doit s'efforcer de faciliter les démarches transversales, pour dépasser les fonctionnements cloisonnés en mobilisant une pluralité d'acteurs issus du champ de l'action publique et associant étroitement les habitants.



> **Définir une stratégie locale d'intervention cohérente avec celles des autres échelons d'intervention** (départemental, régional, national) pour agir efficacement sur les ISETS.

> **Evaluer le CLS**

Les signataires s'engagent à mesurer ensemble les résultats des actions engagées, et éventuellement de les réorienter ou de les moduler en fonction des conclusions de l'évaluation (évaluation de la démarche, des actions et des effets).

> **Communiquer sur le CLS et les actions santé du territoire**

Valoriser la démarche et les actions du CLS mais aussi les initiatives locales qui répondent aux enjeux de santé du territoire et aux besoins des personnes. Rechercher les outils les plus adaptés pour faciliter la compréhension par le plus grand nombre afin d'améliorer le niveau d'autonomie et de liberté de choix de chacun.

Le diagnostic

Le diagnostic global repose sur différents niveaux de données qui ont été croisés pour aboutir aux orientations stratégiques prioritaires.

Données issues de l'évaluation du premier CLS

Le CLS Médoc 2018-2023 succède au premier CLS mis en œuvre en 2013. L'inscription préalable du territoire dans une démarche de Contrat Local de Santé constitue un atout.

Elle a en effet permis de conforter une dynamique d'acteurs (connaissance mutuelle – partenariats) pour améliorer collectivement la réponse aux enjeux de santé du territoire et aux besoins des personnes.

L'évaluation du premier CLS partagée lors du séminaire de préparation du deuxième CLS a mis en exergue :

- Un enrichissement de l'offre en santé
- Une montée en compétences des acteurs locaux sur divers sujets
- Une valorisation des ressources locales via des guides et des événements
- De nouvelles collaborations et/ou des partenariats spécifiquement liés à des projets
- Des études éclairantes au regard de problématiques précises et qui ont permis de travailler sur des actions concrètes
- Un renforcement de la dynamique territoriale
- Une capacité des acteurs à s'adapter et à rendre ce contrat vivant et évolutif
- La mutualisation de moyens
- La nécessité de s'inscrire dans une temporalité adéquate
- Des envies de projets à co-construire
- Des passerelles entre les différentes actions santé qui s'alimentent mutuellement
- Des actions adaptées aux besoins du territoire
- Un contrat qui mobilise, fédère et participe à la dynamique territoriale
- Une forte implication partenariale mais qui reste à renforcer avec une plus grande participation des élus, des professionnels de santé et des habitants
- Une démarche trop « confidentielle » d'où l'importance de définir une stratégie de communication et de valorisation
- Une veille territoriale à structurer
- La nécessité de mieux intégrer la question des inégalités de santé
- Une démarche d'évaluation à améliorer



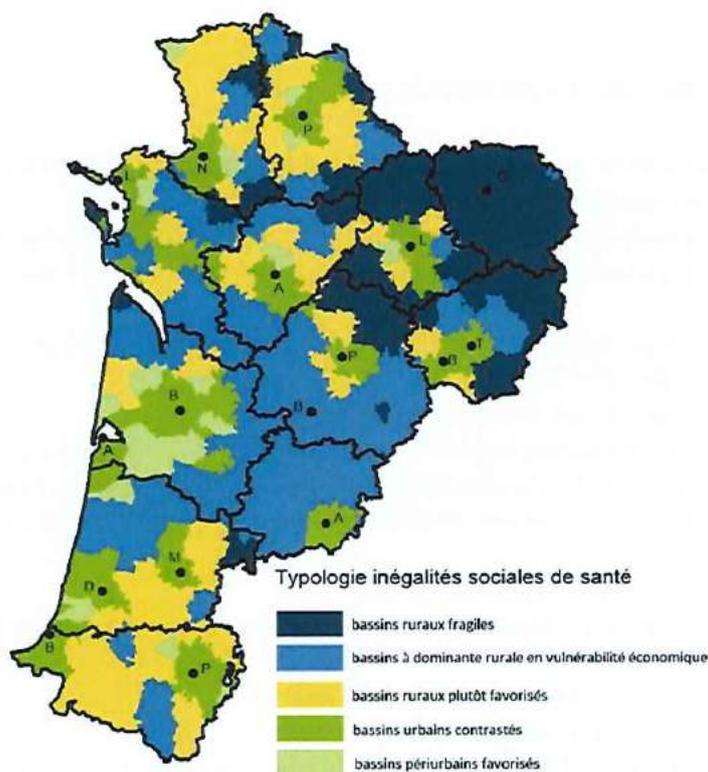
Données issues des diagnostics existants

Le diagnostic CLS prend appui sur ceux menés dans le cadre d'autres dispositifs avec une recherche de cohérence entre tous : Avant-projet de charte Parc naturel régional du Pays Médoc, Pacte Territorial du Conseil Départemental de la Gironde, Projet Régional de Santé (PRS) ARS Nouvelle Aquitaine, Plan Régional Santé Environnement (PRSE), Plan Régional Santé au Travail de la DIRECCTE...

Avec ses nombreuses dynamiques associatives, une qualité de vie liée aux milieux naturels, ses réseaux de solidarité et d'entraide, ses projets économiques, un établissement de santé de proximité, l'existence de différentes politiques contractuelles, le Médoc apparaît comme un territoire présentant des facteurs favorables à la santé. Mais il existe également des fragilités plus ou moins marquées en fonction des espaces et des populations qui le composent. Ces différences doivent être prises en compte dans la stratégie pour cibler les zones et les populations présentant les plus fortes vulnérabilités.

L'Observatoire Régional de Santé Nouvelle Aquitaine a réalisé différentes études dont les principales données de cadrage sont présentes ci-dessous.

Typologie socio-sanitaire des bassins de vie de Nouvelle-Aquitaine en cinq classes



Sources : Insee, DGFIP, Cnaf, CCMSA, Drees, Finess, SAE, Inserm CépiDc, Cnamts, CNRSI
Exploitation : ORS Nouvelle-Aquitaine

BASSINS RURAUX FRAGILES : 46 bassins (19 % de l'ensemble), 489 572 personnes (8 % de la population)

Ces bassins de vie sont majoritairement ruraux avec une faible densité de population, une forte proportion de personnes âgées de 75 ans et plus et un faible dynamisme démographique, voire une déprise. Les indicateurs socio-économiques sont nettement défavorables par rapport à la moyenne régionale : forte proportion de foyers fiscaux non imposables, revenus nets imposables plus faibles, moindre proportion de cadres. Ces territoires ruraux sont également caractérisés par une forte proportion de personnes vivant seules et par un habitat plus dégradé (fortes proportions de logements sans confort, de logements privés potentiellement indignes, de ménages en situation de vulnérabilité énergétique pour le logement).

Dans ces territoires, souvent éloignés des centres urbains, l'offre de soins libérale en médecins généralistes et infirmiers apparaît plutôt correcte comparativement à la moyenne régionale (constat à relativiser cependant compte-tenu de l'âge de la population), au contraire de l'offre de dentistes, kinésithérapeutes et médecins spécialistes qui est déficitaire. Les indicateurs de santé sont nettement défavorables, même après neutralisation de l'effet de l'âge. C'est ainsi le cas de la mortalité générale, de la mortalité prématurée évitable et de la mortalité liée aux usages de tabac et d'alcool. Les personnes en affection de longue durée (ALD) y sont également en plus forte proportion que la moyenne.

BASSINS A DOMINANTE RURALE EN VULNERABILITE ECONOMIQUE : 78 bassins (32 % de l'ensemble), 1 349 345 personnes (21 % de la population)

Cette classe se distingue essentiellement par une situation économique moins favorable qu'au niveau régional, particulièrement en matière de chômage, d'emplois précaires et de revenus. La proportion de logements potentiellement indignes y est beaucoup plus élevée qu'au niveau régional. L'offre de soins s'éloigne peu de la moyenne régionale, comme les indicateurs de santé, malgré des ALD légèrement plus fréquentes, notamment pour les troubles mentaux.

BASSINS RURAUX EN SITUATION PLUTÔT FAVORABLES : 65 bassins (27 % de l'ensemble), 823 590 personnes (13 % de la population)

Pour ces bassins à dominante rurale, la plupart des indicateurs décrivent une situation proche de la moyenne régionale, avec cependant une situation légèrement plus favorable, tant sur le plan socio-démographique que sur celui des indicateurs de santé. La population se caractérise par une proportion d'habitants âgés de moins de 25 ans plus importante qu'au niveau régional. A noter une situation légèrement moins favorable pour ce qui concerne l'offre de soins en spécialistes, omnipraticiens et kinésithérapeutes.

La population du Pays Médoc (102 750 habitants en 2017) a continué de croître de manière importante ces dernières années. Sur la période 2009-2014, le taux d'accroissement annuel moyen de la population dû au solde migratoire est élevé en comparaison à la moyenne régionale (+ 1,16 contre + 0,58 pour la région). Par ailleurs, selon les projections de population réalisées par l'Insee, le Pays Médoc devrait compter plus de 118 000 habitants dans 10 ans, en 2027, et près de 130 000 en 2037. Ces éléments doivent permettre d'anticiper les besoins futurs notamment en termes d'offres et d'équipements. En outre, bien que présentant un indice de vieillissement sur l'ensemble du Pays comparable à la France et inférieur à la moyenne régionale, la CdC Médoc Atlantique présente un profil plus âgé de sa population, avec une part importante de personnes de 60-75 ans, à risque de devoir bénéficier de soins ou d'un suivi médical plus important à court terme.

Concernant les conditions de vie, le Pays Médoc présente des situations très disparates au sein des différents EPCI qui le composent. Ainsi, les CdC Médoc Estuaire et Médullienne présentent des indicateurs de conditions de vie favorables (revenus élevés, peu d'allocataires du RSA, part de cadres élevée, taux de chômage plus faible...), qui ne doivent toutefois pas masquer l'existence de situations fragiles. Les CdC Médoc Cœur de Presqu'île et, dans une moindre mesure, Médoc Atlantique présentent, quant à elles, des proportions plus élevées de situations de fragilité. Ces observations sont similaires concernant la part de diplômés parmi les jeunes adultes ou l'insertion des jeunes, avec des difficultés plus marquées au nord du territoire. Les catégories sociales plus défavorisées (ouvriers notamment) et les personnes moins diplômées ayant globalement une espérance de vie moins élevée (jusqu'à 6 ans d'écart pour les hommes entre les cadres et les ouvriers).

En matière d'état de santé de la population, alors que la Gironde et plus globalement la Région présentent des indicateurs favorables, le territoire du Pays Médoc se distingue sur la période 2010-2014 par une mortalité générale supérieure à la France hexagonale pour les deux sexes et par une surmortalité prématurée (avant 65 ans) pour les hommes. Tous âges confondus, il est ainsi observé une surmortalité pour les hommes pour les motifs suivants : tumeurs malignes, maladies de l'appareil circulatoire et causes externes, et pour les femmes une surmortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire. Avec entre 2010 et 2014, en



moyenne chaque année, 150 décès par des pathologies liées au tabac sur le territoire, les taux standardisés sont supérieurs aux taux nationaux pour les deux sexes. Concernant l'alcool, en cause dans 33 décès chaque année, une surmortalité significative est observée pour les femmes au sein du territoire (10 décès annuels). Enfin, pour les décès par causes externes, si avec en moyenne 16 décès annuels par suicide le taux au sein du Médoc est similaire au taux national, une surmortalité par accidents de la circulation est observée sur ce territoire (8 décès annuel). Tout comme les indicateurs de conditions de vie, les CdC Méduillienne et Médoc Estuaire présentent des indicateurs de mortalité proches des moyennes régionales et plus favorables que sur les deux autres CdC. Par ailleurs, les informations relatives à la morbidité (prévalence des affections de longue durée) vont dans le même sens que l'analyse des causes de décès. Les prévalences sont également plus élevées au sein du Pays Médoc concernant les ALD pour diabète (4 200 personnes inscrites en ALD diabète de type 2 en 2014 sur le territoire) et pour les femmes pour les ALD pour troubles mentaux (1 330 femmes inscrites en 2014 dans le dispositif ALD).

Enfin, les indicateurs liés à l'offre de santé libérale du Pays Médoc font apparaître globalement une situation plutôt fragile en matière de médecins spécialistes (notamment pédiatres, psychiatres et gynécologues) et de médecins généralistes (91 médecins au 1er janvier 2017 pour 100 000 habitants versus 100 dans l'ensemble de la région), mais également une offre moins étoffée en chirurgiens-dentistes et psychologues. Alors que le taux de passages aux urgences des habitants du territoire est proche de la moyenne régionale et départementale (25,6 %), les taux standardisés de séjours hospitaliers sont significativement plus élevés que les taux nationaux, en particulier pour les motifs liés à des lésions traumatiques et empoisonnements (hommes et femmes) et pour les hommes pour les séjours hospitaliers pour tumeurs malignes et pour maladies de l'appareil circulatoire. Ces taux plus élevés de séjours hospitaliers doivent amener les acteurs à se questionner sur les motifs (renoncements aux soins, problématiques de prise en charge en amont de l'hospitalisation, comportements ou habitudes de vie de la population...).

Ces quelques éléments quantitatifs permettent de mettre en évidence les principales problématiques de santé observées sur le territoire et les fortes disparités territoriales du Médoc, avec un gradient Sud-Nord, où les populations plus jeunes, favorisées, diplômées et présentant un meilleur état de santé se trouvent en proximité de la Métropole bordelaise alors que les situations de fragilité sont proportionnellement plus nombreuses au nord du territoire.

Données qualitatives issues du séminaire de préparation du CLS 2

Le recueil de données qualitatives a pu être réalisé au cours du séminaire « *En route vers un 2^{ème} Contrat Local de Santé (CLS) : Agissons ensemble pour la santé et le bien-être en Médoc* » organisé le 28 septembre 2017 et dédié à la préparation du CLS 2.

Ayant mobilisé 90 participants de différents horizons, il a permis d'enrichir le diagnostic et instaurer une démarche participative par la libre expression des besoins, des attentes, des suggestions et des représentations en matière de santé, d'offre de soins, d'accès aux soins et de cadre de vie.

Le croisement des différentes données a permis de construire les axes stratégiques et les objectifs intermédiaires.

Pourquoi ces axes stratégiques et ces objectifs intermédiaires ?

Les éléments qualitatifs de contexte et de compréhension exposés ci-après et émanant, entre autres, des différents dispositifs de concertation, ont permis de structurer les axes et les objectifs du contrat.



Axe 1 : "Développer et renforcer des environnements favorables à la santé"

Objectif intermédiaire 1 : "Améliorer l'accès et le maintien à un logement digne et adapté aux besoins des personnes"

Besoins primaires (se nourrir, se loger, se laver) non satisfaits parmi les publics en difficultés
Déficit en matière de logement d'urgence, de relogement
Existence d'habitations extrêmement précaires voire insalubres
Difficultés, pour les personnes handicapées, d'accès et de maintien dans un logement autonome
Conditions de vie des aînés et difficultés liées au maintien à domicile : gardes de nuit, aides à la toilette, habitat inadapté, méconnaissance des dispositifs d'aide en matière d'amélioration du logement...
Méconnaissance des risques sanitaires liés à la pollution intérieure (systèmes de chauffage déficients, substances chimiques présentes dans les produits de consommation courante...), des bonnes pratiques et des dispositifs d'aide

Objectif intermédiaire 2 : "Améliorer la qualité de l'environnement intérieur des établissements recevant du public (ERP)"

Méconnaissance des risques sanitaires liés à la pollution intérieure (substances chimiques présentes dans les matériaux de construction et de décoration, les équipements, les produits d'entretien et d'hygiène, les matériels pédagogiques...), des bonnes pratiques et des dispositifs d'aide

Objectif intermédiaire 3 : "Améliorer la qualité de l'environnement extérieur"

Méconnaissance des risques sanitaires liés aux milieux naturels (allergies, maladies...)
Exposition aux pesticides

Objectif intermédiaire 4 : "Faciliter l'accès à une alimentation de qualité, diversifiée, équilibrée pour tous"

Difficultés d'accès aux denrées : coûts pour des familles à faibles ressources, approvisionnement des structures de l'aide alimentaire
Absence parfois de tarification sociale dans la restauration scolaire
Absence d'éducation, de savoir-faire culinaire, disparition d'une transmission intergénérationnelle (alimentation des tout-petits)
Manque d'informations nutritionnelles pour avoir une alimentation équilibrée
Repas déséquilibrés : sous consommation de produits frais, surconsommation d'aliments riches en graisses et en glucides...
Gaspillage alimentaire, méconnaissance de certains aliments et de leur préparation, de l'art d'utiliser les restes
Souhaits d'améliorer la qualité des repas proposés dans les cantines scolaires

Objectif intermédiaire 5 : "Promouvoir une politique d'aménagement du territoire favorisant l'activité physique et sportive"

Souhaits de favoriser les mobilités douces en lien avec les politiques d'urbanisme
Méconnaissance de l'offre et/ou manque d'équipements sportifs et d'activités physiques pour les seniors, les personnes handicapées
Manque de mixité sociale dans les pratiques sportives

Objectif intermédiaire 6 : "Faciliter l'intégration de la santé, du développement social dans les politiques publiques locales"

Contexte socio-économique difficile avec des publics de plus en plus fragilisés qui sollicitent les communes (premières portes d'entrée de proximité, lieu de conseil, d'aiguillage et/ou d'action) parfois démunies à cause de la complexité des situations rencontrées et/ou de la méconnaissance des ressources locales, des dispositifs à activer.
Élus qui ont un rôle clé dans la santé des habitants



Objectif intermédiaire 7 : "Contribuer à la réduction des risques professionnels"

Pointe du Médoc : taux les plus élevés en termes de fréquence (38% ou +) et d'indice de gravité (58% ou +) des accidents du travail selon les zones d'emploi en Nouvelle Aquitaine, mais aussi de fréquence et d'indice de gravité des maladies professionnelles.

Des ressortissants du régime agricole usés par le travail de la vigne, obligés de trouver une reconversion professionnelle ou reconnus comme porteurs d'un handicap...

Problèmes de troubles musculo squelettiques (TMS) et accidents du travail

Dans la viticulture, retombées des produits utilisés lors de l'épandage, utilisation du sécateur pneumatique qui augmente les TMS

Des intervenants sociaux en difficultés et en souffrance professionnelle dans leurs missions d'accompagnement et de prise en charge des publics fragiles

Des situations d'épuisement professionnel

Des rendements et des rythmes de travail soutenus, conduites dopantes et addictions (saisonniers...)

Axe 2 : "Améliorer la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent et soutenir la parentalité"

Objectif intermédiaire 1 : "Renforcer la surveillance et l'accompagnement de la femme, de la grossesse jusqu'aux premiers mois de l'enfant"

Prématurité et petits poids de naissance, des indicateurs de précarité (mauvaise alimentation, consommation de tabac, d'alcool, isolement, pauvreté...)

Existence de grossesses précoces (-de 20 ans) mais souvent désirées : taux de 4,2%, le + important de Gironde

Problématiques addictives quotidiennes sans avoir conscience des impacts sur le fœtus

Méconnaissance / non recours à l'Entretien Périnatal Précoce (EPP)

Travail partenarial à améliorer pour une meilleure prise en charge de la femme enceinte

Objectif intermédiaire 2 : "Améliorer le parcours santé de l'enfant, du dépistage précoce à la prise en charge"

Inégalités sociales de santé qui apparaissent dès le plus jeune âge.

Importance de la période périnatale, et plus tard de l'adolescence (périodes particulièrement sensibles et de fragilité potentielle pour les parents et leurs enfants)

Priorité : travailler sur la prévention précoce pour prendre en compte le plus tôt possible les difficultés et proposer des accompagnements adaptés aux besoins des familles.

Dépistage tardif des troubles du comportement chez les enfants

Délais d'attente en pédopsychiatrie exponentiels et très problématiques

Adressages à optimiser

Absence ou offre insuffisante de professionnels de santé, de structures adaptées (ITEP, ULIS...) sur le secteur pour la prise en charge,

Surcharge de la vie de l'enfant (temps de déplacements, fatigue...) car structures de prise en charge principalement sur Bordeaux

Scolarité et handicap : une inclusion scolaire difficile

Risque d'aggravation de la précarité et / ou d'un renoncement aux soins à cause :

- du coût des soins (plus de pédopsychiatre en libéral mais des consultations de psychologues non remboursées)

- de l'éloignement des structures de prise en charge (ex : enfants autistes)

- du délai d'attente important pour les prises en charges

Méconnaissance de l'importance du dépistage visuel

Santé bucco-dentaire des enfants : une préoccupation qui demeure, manque de lisibilité sur les actions de prévention



Objectif intermédiaire 3 : "Faciliter l'accès aux structures ressources destinées aux jeunes"

Difficulté d'accès des jeunes aux structures ressources santé : problèmes de mobilité (physique et psychique), d'articulation avec le temps scolaire (autorisation de sortie, dimension juridique, ramassage scolaire)
Méconnaissance des dispositifs et structures, des droits et démarches à accomplir

Objectif intermédiaire 4 : "Prévenir, détecter les situations de violences et de harcèlement et améliorer les accompagnements"

Apparition de violences au moment de la grossesse : nécessité de développer l'évaluation des risques psychosociaux chez les femmes enceintes
Répercussions des cellules parentales en souffrance sur la santé des enfants, banalisation des violences avec impacts sur les enfants (prévention nécessaire)
Harcèlement et violence à l'école

Objectif intermédiaire 5 : "Favoriser le soutien à la parentalité"

Importance des conditions de vie et du bien-être de la famille sur le développement de l'enfant.
Isolement, absence de socialisation des femmes, des familles monoparentales
Socialisation des familles et des enfants insuffisante
Besoins en termes de lieux d'écoute, de prise en charge, d'accompagnement parents/enfants
Parents en difficultés avec leurs enfants qui ne veulent pas aller aux soins

Objectif intermédiaire 6 : "Soutenir et renforcer les interventions relatives aux conduites addictives auprès des jeunes et des parents"

Addictions des parents et parents confrontés aux addictions de leurs enfants
Alcoolisations massives de plus en plus précoces, augmentation de la consommation de cocaïne chez les jeunes
Addictions aux écrans : impact sur le sommeil et problématique lien social et familial

Axe 3 : "Renforcer l'accessibilité et le recours aux services de santé de proximité"

Objectif intermédiaire 1 : "Structurer une offre en soins de santé de proximité adaptée aux besoins des populations du territoire"

Risque de raréfaction de la ressource médicale (départs de professionnels de santé à la retraite sans être remplacés, absence de spécialistes...) or accroissement de la demande de soins liée à la venue de nouveaux habitants et au vieillissement de la population
Nécessité de la consolidation de l'offre santé
Recrutements difficiles de professionnels de santé
Faible lisibilité de l'offre et des parcours par les professionnels
Equipes mobiles polyvalentes insuffisantes pour diagnostiquer, évaluer les situations médico-sociales
Déploiement insuffisant de la télémédecine et des outils numériques
Renoncement aux soins à cause du coût des soins, de l'éloignement des structures de prise en charge et/ou d'un délai d'attente important

Objectif intermédiaire 2 : "Coordonner et articuler l'offre de prévention"

Saturation des services au détriment de la prévention et du dépistage (dont santé mentale infantile)
Méconnaissance des multiples démarches de prévention et de promotion de la santé existantes sur le territoire
Nécessité de coordonner les actions en place et à venir (hygiène, santé bucco-dentaire, vision, audition, risques suicidaires, addictions, alimentation, santé mentale...) pour une meilleure complémentarité et cohérence
Existence de diverses situations de détresse liées à des contextes socio-économiques et/ou affectifs difficiles (harcèlement, solitude, séparation, perte d'emploi, maladie...) : stratégie sur le long terme



insuffisante en matière de pré et de postvention du risque suicidaire (accompagnement des aidants, des suicidants)

Santé bucco-dentaire : entre le dépistage et une prise en charge effective, des obstacles subsistent (incompréhension, appréhension, urgence relativisée, méconnaissance des tarifs pratiqués...). Des interventions nécessaires à tous les âges de la vie et qui restent insuffisantes.

Problèmes dentaires, auditifs et visuels chez les seniors : des suivis à améliorer, des difficultés d'accès aux cabinets (déplacement, âge, handicap), des coûts trop élevés, un manque d'informations notamment sur la prise en charge des soins dentaires, la possibilité de lunettes à très bas coût et le bénéfice des appareils auditifs.

Hygiène corporelle carencée (conditions de vie matérielles insuffisantes, rupture dans le parcours de vie...) pour certaines populations (familles précaires, saisonniers...)

Problématiques addictives récurrentes avec des surmortalités constatées (alcool, tabac), augmentation de la consommation de drogues chez les jeunes, dépendance au numérique

Objectif intermédiaire 3 : "Favoriser le recours à l'offre (connaissance offre, dispositifs passerelles)"

Méconnaissance et/ou insuffisant recours à l'offre de prévention, au dépistage, à la vaccination, au bilan de santé

Dépistages tardifs, taux de suivi faible, prises en charges lourdes... Au-delà des dépistages, difficultés à recourir aux soins

Renoncements aux soins pour diverses raisons : méconnaissance des droits et des ressources locales, problème de mobilité, coût des soins, absence de mutuelle, incompréhension, démarches dématérialisées, problème de domiciliation, délais d'obtention des rendez-vous...

Méconnaissance des droits et démarches à accomplir, manque d'information sur les possibilités d'aides financières sur la prise en charge des soins

Supports de communication non adaptés car compréhension qui reste difficile

Besoin d'accompagnements pour faciliter l'ouverture, le renouvellement, l'activation des droits

Objectif intermédiaire 4 : "Améliorer les parcours de santé ciblés (cancers, maladies chroniques, diabète, Alzheimer et maladies neurodégénératives...)"

Manque de compétences, d'offres spécifiques sur le Médoc (ex : chimiothérapie ...) entraînant un abandon des soins, un renoncement

Pathologies à investir prioritairement : cancers du sein, des poumons, de la peau (faibles taux de dépistages, difficulté d'accès et de suivi des traitements) ; diabète (taux d'amputation très élevé)

Problématique toujours prégnante concernant les retours à domicile après hospitalisation

Parcours de vie des personnes handicapées : une continuité à rechercher, développer et renforcer

Axe 4 : "Favoriser les solidarités et lutter contre les exclusions"

Objectif intermédiaire 1 : "Promouvoir et soutenir les initiatives locales"

Méconnaissance de l'offre de service de proximité (santé, emploi, culture, éducation, loisirs...) et des initiatives locales favorisant le bien-être et le lien social

Fragilité de certaines associations d'accompagnement et d'entraide du territoire (diminution des soutiens financiers, difficultés à recruter de nouveaux bénévoles, locaux inadaptés, épuisement des équipes en place...) qui sont de plus en plus sollicitées

Manque de visibilité du tissu associatif et des possibilités de s'investir

Des habitants aux ressources insoupçonnées (déceler le potentiel de chacun dans une optique de valorisation, de partage et de transmission de savoir-faire)

Objectif intermédiaire 2 : " Agir sur les facteurs d'isolement "

Différents facteurs d'isolement relevés :

- méconnaissance de l'offre locale



- problèmes de mobilité plus particulièrement sur des courts trajets : ex. difficultés matérielles de déplacement des personnes âgées en EHPA pour des actes de la vie courante, des saisonniers locaux pour accéder à un emploi, des jeunes pour suivre une formation...
- formalités administratives à accomplir de manière dématérialisée qui restent opaques voire inaccessibles pour certaines populations (fracture numérique, méconnaissance des procédures...) et qui contribuent à renforcer les inégalités. Besoin d'accompagnements de proximité
- barrières linguistiques : difficulté à comprendre et à se faire comprendre

Existence de différents publics isolés souvent difficiles à repérer ou repérés lors de situations extrêmes : aidants de toutes sortes (aidants familiaux pour des personnes âgées dépendantes, parents d'enfants handicapés...), familles monoparentales, jeunes en rupture familiale, seniors vivant seuls...

Epuisement des aidants, situations de désocialisation, charge physique et mentale importante : fortes incidences sur la vie quotidienne et sociale pouvant entraîner l'oubli de soi, des risques de dépression, de dégradation de la santé

Besoins des aidants en matière d'information (démarches administratives, aides financières, ressources locales, connaissance de certaines pathologies pour mieux accompagner l'autre...), de partage de savoir-faire, de soutien relationnel et de répit

Méconnaissance des espaces de socialisation, manque de lisibilité de l'offre culturelle : pour les nouveaux arrivants, au-delà des offres de service de proximité « classiques », connaître le territoire, ses dynamiques locales (culture, loisirs, événements citoyens...) s'avère difficile. Hors du circuit des initiés, l'accès à l'information semble échapper aux nouveaux habitants.

Nécessité de poursuivre et de renforcer les dynamiques enclenchées sur le territoire (groupe d'aidants...)

Objectif intermédiaire 3 : "Favoriser l'acceptation de l'autre dans sa différence"

Importance de travailler sur les représentations autour du handicap et de manière plus large sur des publics spécifiques (jeunes, saisonniers, étrangers...) pour déjouer les incompréhensions, faire évoluer les représentations et favoriser le vivre-ensemble

Les axes et objectifs structurants du contrat

Axe stratégique 1	Axe stratégique 2	Axe stratégique 3	Axe stratégique 4
"Développer et renforcer des environnements favorables à la santé"	"Améliorer la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent et soutenir la parentalité"	"Renforcer l'accessibilité et le recours aux services de santé de proximité"	"Favoriser les solidarités et lutter contre les exclusions"
Objectifs intermédiaires			
"Améliorer l'accès et le maintien à un logement digne et adapté aux besoins des personnes"	"Renforcer la surveillance et l'accompagnement de la femme, de la grossesse jusqu'aux premiers mois de l'enfant"	"Structurer une offre en soins de santé de proximité adaptée aux besoins des populations du territoire"	"Promouvoir et soutenir les initiatives locales"
"Améliorer la qualité de l'environnement intérieur des établissements recevant du public (ERP)"	"Améliorer le parcours santé de l'enfant, du dépistage précoce à la prise en charge"	"Coordonner et articuler l'offre de prévention"	"Agir sur les facteurs d'isolement"
"Améliorer la qualité de l'environnement extérieur"	"Faciliter l'accès aux structures ressources destinées aux jeunes"	"Favoriser le recours à l'offre (connaissance offre, dispositifs passerelles)"	"Favoriser l'acceptation de l'autre dans sa différence"
"Faciliter l'accès à une alimentation de qualité, diversifiée, équilibrée pour tous"	"Prévenir, détecter les situations de violences et de harcèlement et améliorer les accompagnements"	"Améliorer les parcours de santé ciblés (cancers, maladies chroniques, diabète, Alzheimer et maladies neurodégénératives...)"	
"Promouvoir une politique d'aménagement du territoire favorisant l'activité physique et sportive"	"Favoriser le soutien à la parentalité"		
"Faciliter l'intégration de la santé, du développement social dans les politiques publiques locales"	"Soutenir et renforcer les interventions relatives aux conduites addictives auprès des jeunes et des parents"		
"Contribuer à la réduction des risques professionnels"			

Plan d'actions

Des groupes de travail constitués autour de chacun des axes thématiques élaboreront le plan d'actions qui sera ajusté et enrichi tout au long du contrat.

Les actions relevant de celui-ci devront s'appuyer sur les critères suivants :

> Réduction des inégalités sociales, environnementales et territoriales

- L'intervention sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé
- L'action intersectorielle
- La participation et l'empowerment
- L'apport de réponses de graduées en fonction des besoins de la population

> Parcours de santé

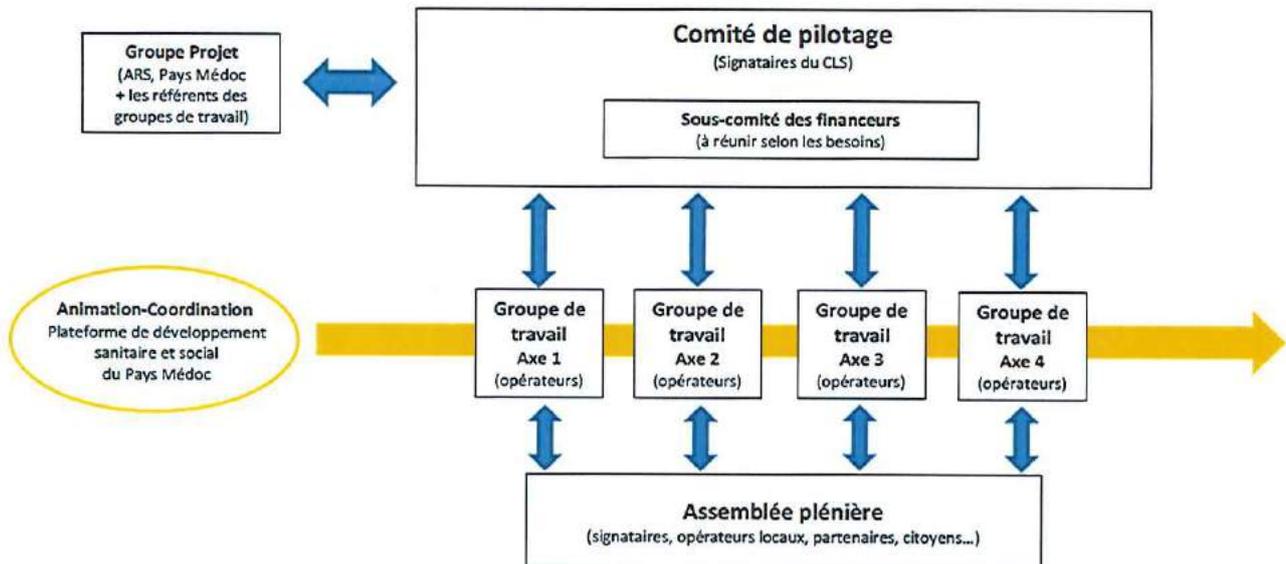
- L'accessibilité (ex : géographique, administrative, financière, organisationnelle et socio-culturelle)
- La lisibilité (ex : informations des habitants et des professionnels)



- La qualité (ex : sécurité du parcours ; coordination des prises en charge...)
- La continuité etc.

Le pilotage et l'association des partenaires

Gouvernance du CLS



Le **comité de pilotage**, instance de décision composée des signataires, suit et donne les grandes orientations du CLS. Il se réunit au minimum deux fois par an.

Les signataires s'engagent à :

- nommer un référent pour le suivi du contrat ;
- avoir des représentants dans les différentes instances de pilotage, technique et de concertation ;
- faciliter la mise œuvre de la stratégie d'intervention à travers la mobilisation d'outils et de moyens de droit commun ;
- 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 ;
- fournir des données actualisées pour alimenter la veille territoriale ;
- favoriser l'identification au niveau local des besoins de santé de la population intégrant une analyse des déterminants de l'état de santé lié aux conditions de vie ;
- mettre à disposition, en fonction de ses ressources, des services d'appui en matière d'observation, de conduite de projet, de formation et/ou de communication ;
- favoriser la communication sur la démarche et les actions CLS ;
- contribuer à la capitalisation des connaissances, expériences et savoir-faire.

Toute action dont l'objectif aura été jugé opportun par le comité de pilotage devra systématiquement faire l'objet d'une recherche de mutualisation et d'optimisation des moyens existants (ressources, dispositifs...). Si un besoin de financement complémentaire est avéré, les membres du comité de pilotage s'engagent à l'examiner conjointement pour envisager les cofinancements et en informer le(s) porteur(s). Dans cette perspective un **sous-comité des financeurs** sera constitué.

Le **groupe projet** s'assure du bon fonctionnement du partenariat contractuel et prépare notamment les réunions et les travaux du comité de pilotage.

En outre, il devra :

- favoriser l'identification au niveau local des besoins de santé de la population intégrant une analyse des déterminants de l'état de santé lié 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 ;
- s'attacher à identifier les actions remarquables dans une optique de transférabilité ;
- contribuer à la capitalisation des connaissances, expériences et savoir-faire ;
- favoriser la communication sur la démarche et les actions CLS ;
- apporter son appui dans les missions de veille, observation et évaluation.

Les **groupes de travail** sont constitués de divers opérateurs partenaires. Par axe stratégique, ils ont en charge de décliner concrètement les priorités du CLS en programme d'actions et d'en assurer le suivi. Ces groupes se réunissent autant que de besoin.

L'**assemblée plénière** composée des signataires et des partenaires du CLS, de l'ensemble des acteurs relais et des représentants des habitants, est un large espace de concertation et de débat sur l'état d'avancement de la démarche et des actions du CLS. Elle est réunie à 3 reprises : au début, à mi-parcours et en fin de contrat.

La **participation des citoyens** et/ou d'instances les représentant sera recherchée activement, l'expression des habitants/usagers étant un des éléments importants de ce contrat.

L'**animation et la coordination** des instances du CLS sont assurées par le Pays Médoc.

Le coordinateur du Contrat Local de Santé du Syndicat Mixte Pays Médoc anime le pilotage global pour le compte de l'ensemble des signataires, et rend compte de ce pilotage à chacun, ou à chacune des personnes désignées par les signataires pour suivre le Contrat

Missions du coordonnateur : impulser et coordonner la dynamique autour du contrat local de santé sur le territoire du Médoc (élaboration, mise en œuvre, suivi, évaluation)

- Animer les instances de gouvernance CLS
- Faciliter l'identification au niveau local des besoins de santé de la population intégrant une analyse des déterminants de l'état de santé lié 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 sur la démarche et les 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
- Susciter et appuyer la participation des habitants
- Transmettre les synthèses des instances de travail, les bilans ...
- Veiller à l'articulation du CLS avec la démarche CLSM et les autres dynamiques locales

Observation - Veille - Evaluation

Le CLS comme outil d'aide à la décision et d'ajustement

L'**évaluation** du CLS doit porter sur les actions mais également sur la stratégie globale du CLS et s'intéresser au processus mais aussi aux résultats et effets du contrat.

Parallèlement, une démarche de **veille** et d'**observation** pour anticiper les évolutions devra être définie.

Pour mener à bien ces 3 missions, des temps de travail dédiés seront programmés le plus tôt possible afin de définir les démarches les plus adaptées et leur mise en œuvre : constitution d'un ou plusieurs groupes spécifiques (ex : groupe projet élargi...), mise en place d'outils, organisation du recueil de données...

Il conviendra de s'appuyer, entre autres, sur le guide d'évaluation proposé par l'ARS Nouvelle Aquitaine et sur des partenaires tels que l'IREPS, l'ORSNA, l'Observatoire Girondin de la Pauvreté et de la Précarité...

A Saint Sauveur, le 14 juin 2018



L'ARS Nouvelle Aquitaine
Le Directeur Général, M. Michel LAFORCADE

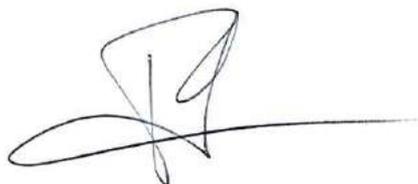


La Préfecture de la Gironde
Le Préfet, M. Didier LALLEMENT

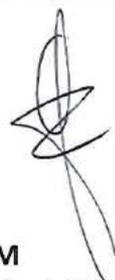
Le Syndicat Mixte du Pays Médoc
Le Président, M. Henri SABAROT



Le Conseil Départemental de la Gironde
Le Président, M. Jean-Luc GLEYZE



La Région Nouvelle Aquitaine
Le Président, M. Alain ROUSSET



L'AAPAM
Le Président, M. Dominique ST MARTIN



L'ADAPEI de la Gironde
Le Président, M. Didier BAZAS



L'Association Rénovation
Le Président, M. Janick PREMON

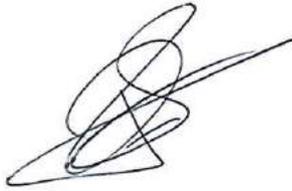


La CARSAT Aquitaine
Le Directeur, M. Bruno PONCET



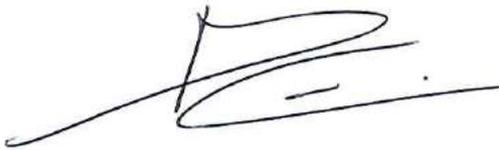
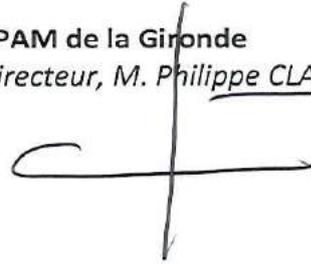
Le Centre Hospitalier Charles Perrens
Le Directeur, M. Antoine DE RICCARDIS





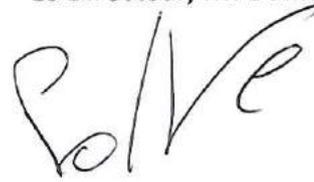
Le CDOM 33
Le Président, Dr Fabrice BROUCAS

La CPAM de la Gironde
Le Directeur, M. Philippe CLAUSSIN



L'Education Nationale de la Gironde
Le Directeur académique, M. François COUX

L'Hôpital suburbain du Bouscat
Le Directeur, M. Daniel CAILLAUD



La MSA de la Gironde
Le Directeur, M. Daniel ABALEA

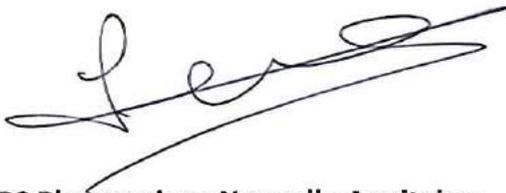
Le Pavillon de la Mutualité-Clinique du Médoc
Le Président de la Mutuelle de Lesparre, M. Jean-François CAULET



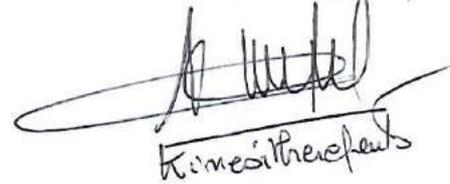
L'URPS Chirurgiens-Dentistes Nouvelle Aquitaine
Le Président, Dr Jean DESMAISON

L'URPSMK Nouvelle Aquitaine
Le Président, M. Mickaël MULON

Michel VORSOPAL



L'URPS Pharmaciens Nouvelle Aquitaine
Le Président, M. François MARTIAL



Kimesitherefeus

