

CONTRAT LOCAL DE SANTÉ du PAYS RUFFÉCOIS

Axe 2 : STRATÉGIE TERRITORIALE DE PRÉVENTION

Aller vers les publics les plus vulnérables

Contexte :

Le diagnostic de l'Observatoire Régional de Santé (ORS)

Actualisé en novembre 2018, l'analyse de la population du territoire met en exergue les points suivants :

- Une faible densité et une population âgée – avec 35,5 habitants au km², la densité de population est très faible. La population du territoire est âgée (la part des 60 ans et + est de 34%). Il en résulte un indice de vieillissement (rapport entre le nombre de personnes de 65 ans ou plus et le nombre de personnes de moins de 20 ans) bien plus élevé. Le rapport de dépendance (rapport entre d'une part le nombre de personnes de moins de 20 ans et de 65 ans et plus et d'autre part le nombre de personnes de 20 à 64 ans) est élevé dans le Pays du Ruffécois (89,9). Cet indicateur permet de calculer la part des personnes susceptibles d'être dépendants socialement ou économiquement des personnes en âge de travailler. Ainsi sur le territoire du Pays Ruffécois, il est estimé à près de 9 personnes « à charge » pour dix « travailleurs ».
- Un faible dynamisme démographique (2011-2014) – la démographie y est peu dynamique, le solde naturel (-0,43 %) et migratoire (+0,47 %) sont très faibles et associés à un nombre de naissances relativement faible mais le taux de fécondité est plus élevé sur le territoire pour les femmes de 15-19 ans (18,1 naissances pour 1 000 femmes âgées de 15-19 ans). Enfin, la proportion des moins de 25 ans dans la population diminue (-0,1 % entre 2009 et 2014) tandis que la proportion des 75 ans et plus augmente (+0,4 % sur la période).
- Une précarité plus marquée - La précarité liée au contrat de travail est un peu plus élevée dans le Pays du Ruffécois. Avec une proportion de personnes de 15 ans et plus ayant un emploi salarié autre qu'un CDI à temps plein s'élevant à 30,9 % (parmi les 15 ans et plus ayant un emploi salarié)

Contrat Local de Santé 2015-2018

Un temps de coordination a été consacré à l'animation de groupes thématiques autour de la nutrition, des addictions et de la santé mentale, ainsi que du mieux vieillir. Le guide santé à vocation du grand public a permis de faire un état des lieux des services existants et a été mis à disposition de l'ensemble des collectivités du territoire et des services médicaux médico-sociaux et sociaux.

En 2019

il en ressort une sensibilisation des différents acteurs sur les questions de nutrition, la mise en place d'animations régulières autour de la nutrition par les Centres Sociaux (CS), une trentaine de personnes formées à la gestion de la crise suicidaire, des rencontres régulières sur les projets de chaque partenaire, l'émergence d'une dynamique Sport-Santé, des projets co-construits (forum AVC) permettant de mettre en valeur la synergie des acteurs du territoire autour de la prévention et la promotion et l'approche globale de la santé.

Projet Régional de Santé Nouvelle Aquitaine 2018-2028

L'axe 1 du Schéma Régional de Santé 2018-2023 du PRS NA vise à « renforcer l'action sur les déterminants de santé pour prévenir les atteintes évitables à la santé », en développant 4 dimensions :

- Faire de la promotion de la santé l'affaire de tous,
- Agir le plus tôt possible sur les déterminants de la santé,
- Promouvoir les milieux de vie favorables à la santé,
- Mobiliser les outils de prévention du système de santé.

La mobilité, une composante des territoires ruraux

Le PETR du Pays Ruffécois s'est doté en 2019 d'un *Plan de Mobilité Rurale (PMRu)*. Document stratégique, le PMRu a pour objet d'améliorer la mise en œuvre du droit au transport dans les territoires à faible densité démographique. Il permet une approche intégrée de la mobilité adaptée aux zones peu denses. Le plan prend en compte les enjeux sociaux, économiques et environnementaux spécifiques à ces territoires. Les leviers d'actions identifiés sont les suivants :

- Levier 1 : La gouvernance et compétence des mobilités – « permettre l'action sur les mobilités au plus proche des besoins et du territoire »
- Levier 2 : Communication, accompagnement et sensibilisation – « informer, éduquer, aider, accompagner les habitants dans leur démarche de mobilité, faire connaître l'existant en matière d'offre de service et de transports... »
- Levier 3 : Transports collectifs et intermodalité – « améliorer la desserte du territoire, par un maillage révisé, des horaires adaptés, des services ouverts (bus scolaires déspecialisés), des services interconnectés (TER et bus), des modes reliés (bus et vélo, TER et vélo... »
- Levier 4 : Favoriser les nouvelles mobilités pour tous – « créer un bouquet de solutions alternatives par un écosystème de partage et de solidarité »
- Levier 5 : Favoriser les modes actifs de déplacement en proximité ou en rabattement – « favoriser et encourager les modes de déplacements doux ou actifs sur les courtes distances (jusqu'à 5 kilomètres) favorables à la santé »
- Levier 6 : Accès aux services et itinérance – « maintenir l'attractivité du territoire et participer au maintien des habitants dans leur lieu de vie (contribuer à la mobilité inversée) »

L'Évaluation d'Impact en Santé (EIS)

Afin d'avoir un regard sur les questions de santé, le PETR a réalisé une Évaluation d'Impact en Santé sur le plan d'action du PMRu. Cette EIS met en relation la littérature grise (dite d'usage) et la littérature scientifique dans le but de permettre aux élus de prendre en compte les impacts sur la santé dans le choix des actions à mener.

La question de la santé mentale en Charente

L'animation de la démarche d'élaboration du PTSM a été réfléchi conjointement entre la Délégation Départementale de la Charente de l'Agence Régionale de Santé et un acteur majeur du champ de la santé mentale du territoire départemental, le Centre Hospitalier Camille Claudel (CHCC). Il a déterminé une stratégie commune permettant à tous de s'inscrire dans l'accompagnement des personnes et des publics en difficulté, dans une logique de parcours de santé et d'insertion harmonieuse au sein de leur environnement :

- Le renforcement des collaborations avec les professionnels de soins primaires,
- L'amélioration des dispositifs et de leurs connaissances pour un parcours de santé et de vie sans rupture,
- La détection la plus précoce possible des troubles,
- Le renforcement de la politique de prévention,
- La lutte contre la stigmatisation,
- L'amélioration de l'accès des patients aux soins (y compris somatiques), aux droits et à la prévention,
- La création de nouvelles structures d'accueils et de coopération,
- La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence,
- L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux.

Les fiches projet :

Fiche projet N°3	Mieux communiquer auprès des publics sur la prévention
Publics	Partenaires du CLS dont les acteurs du sanitaire, du médico-social et du social, les élus
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Permettre aux partenaires du CLS de se connaître, se reconnaître - Améliorer et faciliter l'orientation du public entre partenaires - Promouvoir des projets en partenariat en valorisant l'existant et en développant les complémentarités entre chaque acteur
Actions	<p>1. Organiser des rencontres en inter-disciplinaires ; avec les élus, avec les MSP ; les publics (ex- forum AVC, guide santé pour les élus, ...) <i>Référent</i> : coordination du CLS <i>Échéance</i> : durée du CLS</p> <p>2. Développer les vecteurs de communication au niveau local (dématérialisation du guide santé, newsletter, bulletins municipaux,...) <i>Référent</i> : coordonnateur du CLS <i>Échéance</i> : durée du CLS</p>
Moyen	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Techniques</i> : salle de réunion, site internet • <i>Humains</i> : Coordination du CLS pour l'animation du réseau, appui technique des partenaires pour la création d'outils et l'animation, les mairies et techniciens CDC • <i>Financiers</i> : (à voir selon les actions souhaitées par le réseau)
Partenaires	Partenaires du CLS : tous les acteurs locaux identifiés sur le territoire
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> - Nb de rencontres par an du réseau - Questionnaire de satisfaction sur l'amélioration des relations partenariales (2020 – 2023) - Développement d'actions partenariales nouvelles
Axe d'amélioration	

--	--

Fiche projet N°4	Accès à la santé mentale (Souffrance psychique et prévention du suicide)
Publics	Toute personne en souffrance psychique (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées...)
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la prise en charge des patients (plus précoce) - Rompre l'isolement des personnes en souffrance psychique - Tenir compte des problématiques de mobilité des personnes éloignées du CMP et ses antennes - Former des sentinelles
Actions	<p>1. Développer des actions de repérages de la souffrance psy Référent : Centre Hospitalier Camille Claudel <i>Référent : Centre Hospitalier Camille Claudel</i> <i>Échéance : durée du CLS</i></p> <p>2. Construire le réseau sentinelle sur le repérage précoce de la crise suicidaire <i>Référent : Patrick RIVIERE (CH Camille Claudel)</i> <i>Échéance : 2020</i></p>
Moyen	<ul style="list-style-type: none"> • Techniques : PS, acteurs santé mentale, CSCS et acteurs sociaux, coordination du CLS • Humains : partenaires du CLS du Pays Ruffécois • Financiers : ARS, AAP, CHCC
Partenaires	Tous les partenaires du CLS : professionnels de santé, MSP, l'hôpital de proximité, les associations du territoire (les SIAE, EIDER, Resto du Cœur, Emmaüs Ruffec...), les Centres Sociaux, les travailleurs sociaux, l'éducation nationale...
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> - Nbre de participant aux rencontres du réseau - Projets multi partenariaux développés - Nbre de personnes formées à la prévention du suicide - Nbre de personnes membres du réseau sentinelles
Axe d'amélioration	