

Table des matières

Introduction

1. Contexte global

- 1.1 Rappel du cadre réglementaire
- 1.2 Le CLS, outil de contractualisation au service d'une politique de santé territorialisée
- 1.3 Contexte d'émergence du CLS 2^{ème} génération
- 1.4 La santé mentale dans le CLS 2023/2027
- 1.5 Le territoire

2. Portrait socio sanitaire territorial

- 2.1 La population
- 2.2 Les caractéristiques socio-économiques du territoire
- 2.3 Les déterminants environnementaux
- 2.4 Constats épidémiologiques
- 2.5 Santé mentale
- 2.6 La santé des enfants et des jeunes
- 2.7 Habitudes de vie
- 2.8 Accès à la prévention
- 2.9 Offre de soins de premiers recours
- 2.10 Focus sur la question du handicap

3. L'articulation entre les signataires

- 3.1 La communauté de Communes Terres des Confluences
- 3.2 L'articulation avec le Projet Régional de Santé (PRS)
- 3.3 Le Contrat Local de Santé

Les annexes

- Annexe 1 : Les membres signataires du Comité de suivi
- Annexe 2 : Le diagnostic socio sanitaire territorial (MAJ 2021)
- Annexe 3 : Le Cadre logique
- Annexe 4 : Le chronogramme global
- Annexe 4bis : Le chronogramme N1
- Annexe 5 : La gouvernance
- Annexe 6 : Les fiches actions

INTRODUCTION

1.1 Rappel du cadre réglementaire

Les CLS font l'objet d'une disposition d'ordre général dans le cadre de la loi N° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite loi « Hôpital, patients, santé et Territoires ».

L'article L1434-10 du code de la Santé Publique dispose que « 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 et social. »

1.2 Le CLS, outil de contractualisation au service d'une politique de santé territorialisée

Instrument de consolidation du partenariat local sur les questions de santé, les CLS visent à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. En coordonnant l'action des différents intervenants locaux, les CLS cherchent à développer l'efficacité des actions définies dans le cadre du Projet régional de santé et des projets locaux de santé portés par les collectivités à destination des publics les plus fragiles.

Il incarne une dimension intersectorielle de la politique régionale de santé dans le but de favoriser :

- L'amélioration des contextes environnementaux et sociaux qui déterminent, à plus ou moins long terme, l'état de santé des populations au niveau local ;
- L'accès des personnes, notamment démunies, aux soins, aux services, et à la prévention et la promotion de la santé ;
- La promotion du droit commun et le respect des droits des usagers du système de santé.

1.3 Contexte d'émergence du CLS 2^{ème} génération

Le territoire « Terres des confluences » possède de nombreux atouts en matière d'offre de soins. Il est doté d'un établissement de santé : le Centre Hospitalier Intercommunal de Moissac, permettant le maintien d'une médecine libérale locale avec notamment la présence de spécialistes, essentiellement concentrés à Castelsarrasin et Moissac. Des initiatives ont émergé avec l'organisation en multisite de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) Lavit-St Nicolas de la Grave – Beaumont-de-Lomagne, la MSP de Moissac, la MSP de Castelsarrasin, le CSP (Centre de santé Pluriprofessionnel) de l'APAS 82 et celui de Canal à Laronne ainsi que la création de la CPTS (Communauté professionnelle territoriale de santé) Quercy Garonne en 2021. Par ailleurs, de nombreuses structures sociales et médico-sociales sont présentes et maillent le territoire de manière historique, et le réseau des acteurs se consolide de plus en plus (l'émergence récente du Dispositif d'appui à la coordination (DAC) sur le département en est la dernière concrétisation).

Les professionnels du territoire mettent en avant le partenariat existant : les acteurs de santé sont bien repérés avec de bonnes collaborations entre la ville et l'hôpital. Néanmoins, des améliorations sont aussi à envisager, notamment dans la coordination intersectorielle du réseau existant et dans la mise en place d'une dynamique autour de la santé. Les professionnels souhaitent également mieux connaître les dispositifs et les services offerts sur le territoire, et améliorer l'interconnaissance entre eux.

Face à ce constat, le souhait des élus de la communauté des communes « Terres des Confluences » est de donner de la cohérence à l'action en matière de santé en liant toutes les initiatives existantes. Pour cela, la communauté de communes s'est lancée dans la démarche d'élaboration d'un contrat local de santé en 2019.

Les travaux du Contrat Local de Santé première génération ont débuté en juin 2015 par la réalisation d'un diagnostic partagé, pour un territoire alors composé de 6 communes. L'année suivante, le diagnostic a été réactualisé du fait de la modification du périmètre « Terres des confluences » passant, au 1^{er} janvier 2017, de 6 à 22 communes. Ce portrait a permis à l'ARS de dégager des problématiques prioritaires, qui ont été explorées plus finement par un diagnostic qualitatif. Pour cela, l'ARS a mandaté l'IREPS pour récolter des données auprès des principaux acteurs du territoire (associations, structures sociales et d'hébergement, médecins généralistes et

spécialistes, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes, etc.). Ce diagnostic a pu être consolidé par l'Observatoire régional de santé (ORS) qui a élaboré un premier portrait socio sanitaire de territoire (mis à jour en 2021¹).

Le CLS première génération, qui a pris fin en 2022 a permis de mettre en exergue la nécessité de pouvoir redéfinir les priorités pour le CLS deuxième génération (notamment par le biais des bilans annuels, les consultations effectuées auprès des élus et des partenaires opérationnels).

Le CLS première génération, qui s'est donc déployé sur 4 années (2019/2022), a été l'occasion pour l'ensemble des partenaires de prendre en compte différents éléments centraux dans la poursuite des objectifs ciblés.

Sa mise en œuvre n'a pas échappé au contexte très particulier de la crise sanitaire, avec des contraintes particulièrement fortes en termes d'opérationnalité. Mais il ne serait pas réaliste de ramener les différentes difficultés rencontrées par le CLS 1 au seul contexte sanitaire. Il a en effet semblé nécessaire d'élargir l'analyse et d'identifier les leviers d'amélioration du dispositif, en sortant du prisme de la crise sanitaire.

Ainsi, chaque bilan annuel a permis de dégager des pistes de travail pour renforcer la pertinence du CLS :

- ✓ Renforcement de la mobilisation des élus pour une amélioration de l'appropriation des enjeux de santé, et réflexion sur leur compétence en santé
- ✓ Nécessité de réduire la voilure du CLS dans la perspective de son renouvellement
- ✓ Renforcement et remobilisation des organes de gouvernance
- ✓ Modification du cadre du CLS, dans sa conception, afin d'offrir plus de flexibilité à l'ensemble des acteurs impliqués
- ✓ Nécessité de planifier le CLS sur différents niveaux
- ✓ Elargissement du CLS à son territoire de portage avec un déploiement communautaire
- ✓ Clarification du dispositif vis-à-vis des acteurs, dans un contexte très évolutif
- ✓ Renforcement de la place de la mobilisation citoyenne au sein du CLS

L'ensemble de ces réflexions émane des nombreux échanges et analyses qui ont pu avoir lieu :

- ☞ Avec les partenaires associatifs
- ☞ Avec les élus, par le biais d'une consultation des 22 maires en juin 2022
- ☞ Avec la DDARS, dans une démarche constante de coconstruction
- ☞ Avec les acteurs du sanitaire, avec lesquels des logiques de coordination ont pu voir le jour

La redéfinition du CLS, tel qu'il est élaboré dans sa deuxième version, a donc été échelonnée par des étapes décisionnelles et réflexives importantes au cours du CLS 1 :

- ☞ **Le COPIL de décembre 2021** a permis d'entériner les constats et le bilan du CLS première génération, et a validé le nouveau schéma organisationnel prévisionnel pour le CLS 2^{ème} génération
- ☞ **Les différents Comités de suivi** (décembre 2021, Mai 2022 et septembre 2022) ont également permis de valider la possibilité de pouvoir modifier la composition du Comité de suivi, pour la rendre la plus en adéquation possible avec les besoins du dispositif
- ☞ **Les concertations régulières** avec les élus, par le biais d'un suivi mensuel, ont été l'occasion de réfléchir et d'identifier les priorités du territoire en matière de santé, et valider une démarche plus axée sur la prévention primaire en santé
- ☞ **La mise en place d'une Commission Interservices** (en mai 2022), a permis de poser la nécessité de déployer une démarche communautaire transversale dans le déploiement du CLS, notamment sur la question d'attractivité

¹ Notons que ces données, basées sur le recensement INSEE 2018, ne sont pas révélatrices des impacts de la crise sanitaire opérés sur le territoire, qui ne ressortiront que lors du prochain recensement INSEE.

- ☞ **L'intervention d'un cabinet extérieur**, dans le cadre du Comité de pilotage départemental, qui a fait émerger l'impérativité d'une fédération des différentes démarches entreprises par les acteurs du territoire
- ☞ **Une consultation des maires**, opérée en juin 2022, qui a mis en exergue l'importance de clarification des enjeux pour les élus et le besoin d'acculturation en santé pour favoriser un portage politique fort

Ces étapes, chaque fois soutenues par un travail d'analyse et des échanges avec les partenaires de terrain, ont été importantes dans le remodelage du CLS dans sa deuxième version, qui est le fruit de ce travail partagé.

C'est ainsi que le deuxième CLS propose un nouveau plan d'action :

Axe 1 : Redimensionner le volet santé de la compétence action sociale d'intérêt communautaire

Axe 2 : Valoriser les actions mises en œuvre par les partenaires sur le territoire

Axe 3. Favoriser la mise en relation des acteurs (élus, professionnels.)

Axe 4. Développer l'essor d'actions complémentaires innovantes

Les différents axes du CLS seront détaillés en annexe du contrat.

1.4 La santé mentale dans le CLS 2023/2027

Sur le CLS première génération, rappelons que la santé mentale, comme établi dans le Projet Régional de Santé, constituait un axe d'intervention à part entière (axe 5), et prévoyait la mise en place d'un Conseil Local en Santé Mentale (CLSM) dans une de ses actions.

Le travail sur la mise en place du CLSM courant 2021/2022 a très vite conduit à proposer d'extraire le CLSM du Contrat Local de Santé. Différentes raisons ont expliqué ce changement, que le CLS 2 sera l'occasion d'entériner.

En effet, le CLS est un contrat alors que le CLSM est un conseil, il semblait dès lors pertinent de pouvoir donner toute l'autonomie nécessaire au CLSM pour fonctionner selon les modalités d'un Conseil.

Par ailleurs, le CLSM a une temporalité différente de celui du CLS, qui reste construit sur la base d'une contractualisation ancrée dans un temps déterminé. Le CLSM n'est pas déterminé dans cette durée.

Enfin, le CLSM reste avant tout un organe démocratique et citoyen alors que le CLS reste l'émanation d'une déclinaison d'une politique régionale contractualisée. Pouvoir rendre indépendant le CLSM du CLS sera également important dans son appropriation démocratique et citoyenne.

Il n'en reste pas moins que l'axe santé mentale continue à exister sur le territoire, mais à travers le CLSM directement qui a vocation à :

- ↳ Développer et déployer des actions de prévention et de promotion en santé mentale
- ↳ Créer un lien solide avec le CLS afin de ne pas cloisonner la santé mentale en marge de la santé

C'est dans ce contexte que le CLS 2^{ème} génération a pu être formalisé et validé par le COPIL de décembre 2021, et qu'il sera déployé pour 5 années de 2023 à 2027.

Le territoire

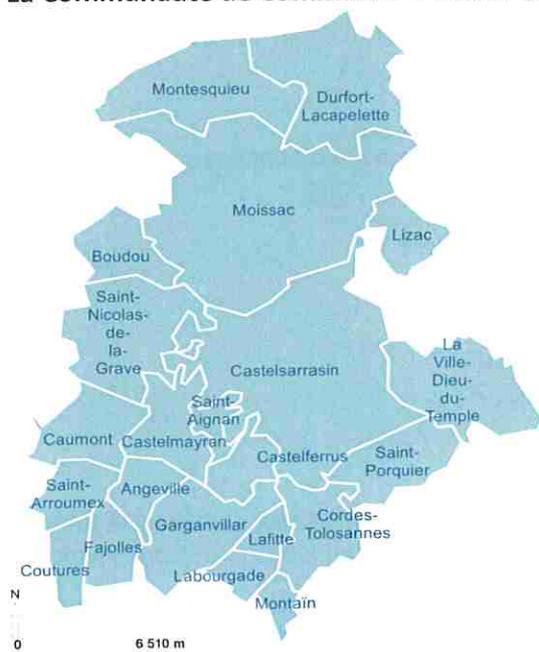
La communauté de communes (CC) « Castelsarrasin-Moissac » a été créée en 1999. Au départ, seules les villes de Castelsarrasin et de Moissac en faisaient partie. Au 1er janvier 2014, Durfort-Lacapelette, Montesquieu, Boudou et Lizac ont rejoint la collectivité portant à 6 le nombre de communes, et renommée « Terres de Confluence ».

Pour rappel, à la suite de la décision de la CDCI (Commission départementale de coopération intercommunale) du 18 mars 2016, la Communauté de communes Sère - Garonne - Gimone, Saint-Porquier et La Ville-Dieu-du-Temple a fusionné avec la Communauté de communes « Terres de Confluence », portant ainsi à **22 communes la population de la nouvelle intercommunalité**, qui s'est renommée « Terres des Confluences ».

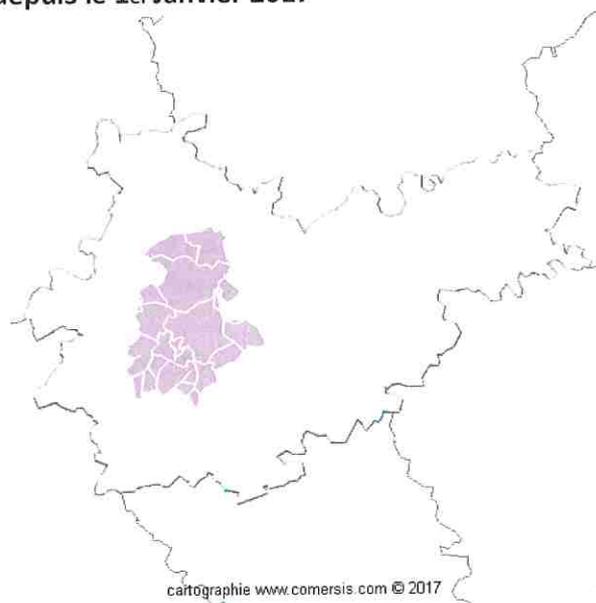
La communauté de communes « Terres des Confluences » est répartie sur un périmètre d'environ 450 km², soit 11% de la superficie du département. En 2018, elle compte plus de 41 411 habitants. Les communes de Castelsarrasin et de Moissac constituent l'unité urbaine du territoire ; elles accueillent plus de 10 000 habitants chacune, soit 65% de la population de la CC à elles deux en 2018. Le reste du territoire est à dominante rurale avec un léger regain démographique observé dans certaines petites communes.

La densité de population était de 91,8 en 2018, ce taux étant supérieur à celui du département (69,7) mais reste en-dessous de la densité métropolitaine (119,2).

La Communauté de Communes « Terres des Confluences » depuis le 1^{er} Janvier 2017



Les 22 communes de la CC Terres des Confluences



cartographie www.comersis.com © 2017

La communauté des communes Terres des Confluences au sein du Département du Tarn-et-Garonne (82)

2. Portrait socio-sanitaire du territoire « Terres des confluences » – Décembre 2021 – (Cf. Annexe)

2.1 Population (Données INSEE, RP 2018)

- Une légère augmentation de la population

Entre 2011 et 2016, on enregistre chaque année en moyenne 448 naissances pour 438 décès (457 naissances pour 378 décès entre 2002 et 2012), avec un taux d'accroissement de la population légèrement positif (0,5%) qui s'explique surtout par l'arrivée de nouveaux habitants sur le territoire. Comparé aux données de 2002/2012, nous pouvons noter une forte augmentation du taux de décès (+18,5% entre 2002/2012 et 2011/2016), alors que le taux de natalité, malgré une faible diminution, est resté relativement stable sur les périodes ciblées (-2%). Par conséquent, malgré un taux d'accroissement légèrement positif, nous pouvons constater une inversion des dynamiques sur le territoire.

- **Une population qui vieillit progressivement**

La mise à jour du portrait sanitaire par le CREAI-ORS en 2021 a permis d'actualiser certaines données établies lors du premier portrait. En effet, le nombre de jeunes de moins de 15 ans en 2018 est de 8041 (soit 19,4% de la population) et reste en évolution en comparaison au dernier recensement. Alors que ce taux est en baisse sur tous les autres échelons (département, région, et au national), nous pouvons noter la situation singulière du territoire à ce niveau. En revanche, la part des 15/29 ans a baissé, ne constituant en 2018 que 14,8% de la population (évolution similaire sur les autres échelons).

Sur la population âgée, deux tendances opposées se dessinent (et correspondent aux tendances plus macro) : la part des 65/74 ans augmente alors que les 75 ans et plus diminue.

L'indice de vieillissement (89,7%) reste globalement en hausse sur le territoire pour les données 2018 mais s'est rapproché des indices départementaux et régionaux, même s'il reste bien au-dessus de l'indice national (83,1%).

Ainsi, au global, les jeunes de moins de 30 ans représentent 34,2 % de la population, et les plus de 65 représentent 22,6% de la population du territoire.

Ces données ont naturellement une importance de choix dans la prise en compte des besoins spécifiques de la population, et dans le type d'actions à décliner sur le territoire.

2.2. Caractéristiques socio-économiques (Données INSEE, RP 2018)

La structure socio-économique du territoire de la CC « Terres des Confluences » témoigne d'une activité agricole constante (4% de la population) et d'une part importante d'emplois dans le tertiaire (avec une augmentation de la part des professions intermédiaires et une baisse relative des artisans et des ouvriers sur les 2 périodes de référence). Le chômage y reste plus important qu'ailleurs, avec par ailleurs un niveau d'études faible et des revenus inférieurs à la moyenne, départementale, régionale et nationale.

- **Un taux de chômage très élevé à tous âges et particulièrement chez les jeunes**

Les chômeurs représentent 2999 personnes (17,1% - en considérant les 15 ans et plus), auxquels il faut ajouter les 4 369 personnes en situation d'emploi précaire (35 % - qui, pour certains d'entre eux, ont vu leur situation se dégrader suite aux différentes réformes du Pôle Emploi opérées depuis 2021). Ces taux dans leur ensemble restent largement supérieurs aux taux relevés sur les autres échelons.

- **Un niveau d'études qui reste relativement faible**

De manière globale, le niveau d'études des 15 ans et plus reste relativement faible (en 2018, on dénombrait 11437 personnes peu ou pas diplômées au-delà de 15 ans – soit 37,1% de la population pour un taux départemental de 31,1% et un taux régional de 26,6%, soit près de 10 points de différence avec ce dernier échelon).

- **De faibles revenus et des parts élevées de foyers fiscaux non imposables**

Parmi les 22 610 foyers fiscaux de la CC « Terres des Confluences », plus de 16 522 ne sont pas imposables (13 500 au dernier recensement), soit environ 69% (pour 60% en 2012). La tendance à la hausse de cette part de la population est observable à tous les échelons, avec un différentiel proportionnel qui est maintenu dans l'évolution. Le revenu annuel moyen y est également plus faible qu'aux niveaux départemental, régional et national (échelon sur lequel le fossé est le plus important).

Concernant la précarité financière des foyers sur le territoire, les taux sont à la baisse, en restant importants (7,7% de bénéficiaires du RSA, 14,2 dépendants à 100% des prestations sociales, et 12,2% bénéficiant de la C2S). Les taux sont relativement équivalents aux différents échelons.

Notons par ailleurs que le portrait de santé du CREAI-ORS met en exergue une augmentation du nombre de personnes à risque, notamment sur les personnes âgées de 75 ans et plus seules à domicile (36,1% des 75 ans et plus), sur les familles avec enfants et sur les familles monoparentales. Ces taux restent néanmoins inférieurs par rapport aux moyennes nationales.

2.3 Déterminants environnementaux de santé

Identifiée comme une priorité au niveau du Projet régional de santé Occitanie, la santé environnementale a pu faire l'objet d'une étude particulière dans le cadre de la mise à jour du portrait de santé du territoire. Ainsi, quelques indicateurs ont pu être collectés sur ce volet. Ils ouvrent donc la voie de la santé environnementale au sein du CLS 2^{ème} génération de manière plus ancrée. Différents indicateurs ont été utilisés pour rendre

compte de la situation sanitaire du territoire au niveau santé environnementale (sans être exhaustif, ils permettent d'avoir un premier regard sur la situation globale au regard des indicateurs qui ont pu être standardisés en SE) :

↳ La question du logement

Le territoire est composé d'une importante part de logements anciens (30% du parc en 2018), comparé au niveau régional où cette part est plus diluée (20%).

7,3% des logements sont des HLM sur les résidences principales (sans qu'aucune commune ne soit concernée par l'obligation de production de logements sociaux -cf Loi « Solidarité et Renouvellement urbain »). Les logements considérés sans confort (absence de douche ou de baignoire) restent en nombre restreints sur le territoire (0,2% des résidences principales).

Les données récoltées par l'ORS mettent en exergue une situation qui n'alarme pas dans son versant quantitatif. Ces taux restent cependant à relativiser pour différentes raisons : les critères pris en compte restent limités (pas de prise en compte de la précarité énergétique, de la taille des logements etc...). Le seul critère « logement ancien » ne peut pas rendre compte de l'hétérogénéité d'un territoire, d'autant plus que parmi les logements anciens, l'état peut varier considérablement. La part de logements HLM ne rend pas compte de l'état de ces logements. Le versant qualitatif n'est pas pris en compte (le terrain vient contrebalancer ces données), et le volet « savoir habiter », qui peut induire du logement dégradé, n'apparaît nulle part.

↳ La santé environnementale selon une approche croisée de critères

Sur ce volet, un a priori très ancré pourrait conforter l'idée d'une qualité de l'air satisfaisante, le territoire étant ancré dans des zones à majorité rurale (ou semi-rurale). Mais il reste important de pouvoir confronter ces représentations avec des données plus objectives pour faire un état des lieux des priorités territoriales à ce niveau.

L'ORS a opéré, selon des profils mêlant différents indicateurs (air, habitat, eau, et sol) une collecte de données qui permet de mettre en évidence les « profils dits à risque ».

Le territoire de la CC, selon cette critérisation est répartie sur 4 profils différents :

- ↳ Une partie nord et sud appartenant **au profil 1**² (13 communes – soit 13% du territoire)
- ↳ Le cœur de la CC (soit centrée autour de Castelsarrasin et Moissac), appartenant **au profil 3** (7 communes – soit 86% du territoire)
- ↳ L'extrême sud, **au profil 4** (1 commune : Montain)
- ↳ Et une poche du centre du territoire se positionnant sur le **profil 6** (1 commune : Castelmayran)

Dans une perspective plus globale, malgré une variété des profils, la situation globale reste relativement correcte malgré des pistes certaines d'amélioration, selon les localités, sur des aspects focalisés :

- ✓ Emission en particules fines et en oxyde d'azote
- ✓ Densité des sites polluants (sites dits « basias »)
- ✓ Non-conformité en pesticides dans l'eau potable

² Profil 1 : territoire rural peu défavorisé sur le plan environnemental, avec une qualité de l'habitat légèrement dégradée

Profil 3 : milieu périurbain et axe routier avec une qualité de l'air légèrement dégradée et un habitat récent

Profil 4 : Une qualité de l'eau détériorée par les pesticides et les nitrates

Profil 6 : Zones urbaines caractérisées par une mauvaise qualité de l'air et des sites et sols potentiellement pollués

2.4 Constats épidémiologiques

Concernant les indicateurs de santé, la mortalité générale (415 décès annuels) correspond aux taux départementaux et nationaux mais reste plus élevée que le taux régional, avec une mortalité prématurée qui reste cependant plus importante sur le territoire communautaire (199,4 en taux standardisé, contre 173,9 par exemple pour le niveau régional), 69 décès sur les 415 des décès concernaient des personnes de moins de 65 ans (soit 17% des décès).

De manière globale la mortalité générale a diminué sur le territoire CCTC

Les différents cancers (poumon, colon, et sein) représentent une part plus importante que sur l'ensemble des autres échelons, avec un ensemble des cancers qui culmine à 230,4 en taux standardisé contre 210,5 pour la Région. Pour les admissions en ALD pour cancers, le taux est en revanche parmi les plus bas (480,6 contre 514,5 au niveau national par exemple), exception faite pour le cancer du sein, dont les admissions en ALD sont à 200,8, taux le plus haut des différents échelons.

Les maladies cardio-vasculaires représentent 109 personnes, avec un taux standardisé de 171 en baisse par rapport au dernier recensement.

Les personnes admises en ALD pour un diabète sont en hausse et restent plus importantes que pour le département ou la région (400,4 pour 374,4 pour le département et 353,5 pour la région).

Enfin, notons que certains comportements à risque entraînent des conséquences pour une part non négligeable de la population : la circulation pour 12,6%, l'alcool pour 22% et le tabac pour 121,6%. Ces taux sont nettement supérieurs aux taux du territoire national, même s'ils restent relativement stables comparé au dernier recensement (alors qu'ils baissent sur les autres échelons).

De manière globale, même si les taux n'ont pas significativement augmenté, nous observons qu'ils ont de manière générale diminué sur l'ensemble des autres territoires (département, région et national), là où sur Terres des Confluences, ils sont restés relativement stables.

2.5 Focus sur la santé mentale

Sur le nouveau diagnostic proposé par le CREAL-ORS, un volet santé mentale a pu être exploré au niveau des données quantitatives. 3 indicateurs ont pu être explorés : les admissions en ALD pour affection psychiatriques, le taux de consommation de psychotropes ainsi que le taux de mortalité par suicide. Même si ces indicateurs restent relativement réducteurs pour avoir une représentation fine de l'état de la santé mentale des habitants de la CC, ces taux permettent une première approche des troubles psychiatriques sur le territoire. Mise à part la mortalité par suicide, qui reste plus élevée que sur les autres échelons (15,3% - soit 6 décès annuels - contre 12 ;8% pour la région), les autres taux s'intègrent dans les moyennes du territoire français.

2.6 La santé des enfants et des jeunes

Les indicateurs retenus par l'ORS sur ce volet sont focalisés sur la santé buccodentaire, les problèmes de surpoids et d'obésité, les troubles mentaux et du comportement et les conséquences des accidents. Les indicateurs ne sont cependant disponibles qu'au niveau régional, car ils émanent d'une enquête déployée en région Occitanie³.

Cette enquête révèle certains éléments importants :

- Une dégradation significative entre la grande section de maternelle et l'entrée en 6^{ème} des prises de petit déjeuner
- Une dégradation de la qualité du sommeil entre ces 2 mêmes niveaux
- Une augmentation importante des temps d'écran entre la maternelle et le collège
- Une hausse de la pratique sportive entre 3 ans et 12 ans

Concernant la surcharge pondérale, elle passe de 9,3% en grande section à 19,6%, ce qui représente une hausse de plus de 100% entre 3 ans et 12 ans.

Concernant les taux de vaccination ROR, la couverture est relativement bonne sur le niveau maternel et reste stable jusque l'entrée en 6^{ème} (comme sur le niveau académique)

Sur l'hygiène buccodentaire, notons que 20% des enfants en grande section ou au collège sont concernés par des caries non traitées, taux bien supérieurs au taux académique, qui est de seulement 8%.

³ Enquête Infiscol – 2016/2017

Concernant la consommation de psychotropes, l'étude ne révèle que les taux régionaux et nationaux. Mais certaines tendances peuvent être pointées : l'ensemble des moyennes régionales (alcool, tabac et cannabis) sont supérieures aux moyennes nationales, sans s'en éloigner drastiquement. De manière générale, les consommations dans le cadre d'expérimentations semblent avoir une place plus importante sur la région Occitanie qu'au niveau national.

2.7 Habitudes de vie

Cet indicateur permet de faire le lien entre des éléments sociaux et des éléments sanitaires propres à une population donnée. Il permet notamment d'avoir un regard affiné sur les inégalités socio-territoriales de santé.

Différents éléments ressortent :

- La surcharge pondérale concerne de manière plus importante les ouvriers que les cadres et les hommes que les femmes
- L'activité physique est moins pratiquée par les hommes que par les femmes, et moins pour les personnes vivant seules
- L'usage d'alcool quotidien est plus important chez les hommes que chez les femmes et chez les personnes ayant un niveau inférieur au bac
- Pour la consommation de tabac quotidienne, elle est également plus importante chez les ouvriers et chez les chômeurs,
- Pour le cannabis, sa consommation est plus le fait d'une tranche d'âge spécifique que de facteurs sociaux (qui ne sont pas croisés dans l'étude) et est supérieure chez les 15/34 ans par rapport à la population générale
- Les renoncements aux soins sont surreprésentés chez les chômeurs et chez les personnes seules notamment.

Nous pouvons donc noter l'importance de manière globale des inégalités sociales de santé sur le territoire

2.8 Accès à la prévention

Le CREAI-ORS a retenu quelques indicateurs relevant de la prévention : la vaccination antigrippale, les dépistages organisés des cancers (DOC), les bilans bucco-dentaire et le diabète. Un indicateur sur les recours à l'IVG donne également un aperçu des pratiques autour de la prévention sur la vie sexuelle et affective.

Notons que sur l'ensemble de ces taux, les chiffres font état de pratiques relativement bien ancrées même si une partie de la population n'est pas encore inscrite dans les démarches de prévention :

- Sur la vaccination antigrippale, 59,9% des personnes de plus de 65 ans sont vaccinées
- Sur les dépistages du cancer du sein, dépistages individuels et organisés confondus, 52,9% des femmes de 50 à 74 ans ont pu en bénéficier, contre 20,6 % pour le col de l'utérus (mais le taux ne prend pas en compte le dépistage organisé)
- Enfin, sur les bilans bucco-dentaires, 7,9% des 5/19 ans en bénéficient (contre 8,7% au niveau départemental)
- Enfin, concernant le recours à l'IVG, les taux restent stables entre l'échelon communautaire, départemental et régional, excepté sur le groupe d'âge des 15/24 où le taux reste plus important sur CCTC avec un taux de 24,9% (contre 17,8% par exemple au niveau régional).

L'ensemble de ces données nous révèlent que malgré une prévention déployée sur le territoire, certains indicateurs laissent à penser que des actions en termes de prévention pourraient être conçues pour compléter l'offre proposée et toucher un public élargi.

2.9 Offre de soin de premier recours

Dans le cadre des enjeux liés à la désertification médicale, et des impacts du manque de praticiens de santé sur l'accès aux soins des populations, le CREAI-ORS a consacré une partie de son diagnostic à l'offre de soins sur le territoire.

En dehors de la moyenne d'âge des médecins généralistes sur le territoire, qui reste alarmante (57,1% des MG et 35,7% des dentistes ont plus de 60 ans), c'est également la densité des professionnels de santé entre 2016 et 2021 qui vient éclairer sur la situation du territoire : les MG ont perdu 26,1% et les dentistes 17%, là où sur les autres territoires, les taux de déperdition sont nettement moins importants (-1,8 pour le département concernant les MG par exemple et -1,6% concernant les dentistes au niveau national). Excepté les infirmiers libéraux, qui pour le moment ne semblent pas avoir été impactés par cette baisse de densité, l'ensemble des indicateurs révèle une importante baisse du nombre de praticiens installés sur le territoire entre 2016 et 2020. Par ailleurs l'âge avancé d'une partie importante de ces praticiens (dont MG en majorité), laisse entrevoir une dégradation de la situation si de jeunes MG ne venaient pas à s'installer dans les 5 à 10 années à venir.

Cela impacte de manière forte naturellement l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée, qui, en 2018, était à 3,3 pour le territoire, lorsqu'il culminait encore à 4,3 pour la région ou 3,9 pour le niveau national.

Le territoire semble donc avoir un réel enjeu à relever à ce niveau, pour permettre à la population de maintenir un accès minimum à l'offre de soins.

2.10 Focus sur la question du handicap

Sur la question du handicap, le CREAI-ORS a retenu trois indicateurs : nombre d'enfants bénéficiaires de l'AEEH, le nombre d'adultes allocataires de l'AAH, et le nombre de personnes âgées à domicile bénéficiaires de l'APA. Mise à part pour le nombre de personnes âgées bénéficiant l'APA, qui reste inférieur sur CCTC par rapport au département, l'ensemble des autres taux restent plus élevés sur le territoire communautaire : AEEH à 3,3% pour les moins de 20 ans (2,9% sur le département et 2% sur le niveau national) et AAH à 4,5% (4,2% sur le département et 3,1% sur le niveau national).

Notons également que les taux de personnes bénéficiaires de l'AAH et de l'AEEH ont largement augmenté ces dernières années, et que cela requiert, par la vulnérabilité particulière de ces publics, d'avoir un regard attentif sur la question.

Par ailleurs, concernant l'offre de prise en charge, les capacités d'accueil des EPHAD restent relativement contraintes sur le territoire (70,8 places pour 1000 personnes en demande).

3 SSIAD, qui disposent de 150 places sur le territoire permettent de répondre aux besoins des populations du territoire, même si cette offre reste également relativement restreinte (32,8 places pour 1000 habitants de plus de 75 ans), même si elle est largement plus élevée que sur les autres échelons (département et région notamment).

3. L'articulation entre les signataires

3.1 La communauté des communes « Terres des Confluences »

12 commissions thématiques ont été créés par délibération du 24 janvier 2017, en fonction des compétences transférées à la communauté de communes, lors de la fusion au 1^{er} janvier 2017. La commission « Action sociale d'intérêt communautaire » était présidée par Mme Annie FEAU et traitait des thématiques suivantes :

- Relais Assistantes Maternelles itinérant intercommunal
- Etude mutualisation de l'action sociale intercommunale
- Projet de maison de santé
- Contrat Local de santé

Depuis 2020, un nouveau mandat est en place et une Commission « Santé et lutte contre la désertification médicale » a été créée au sein de la CC. Ses missions ont été axées sur le portage et le déploiement du Contrat Local de Santé ainsi que le Conseil Local en Santé Mentale. Ces derniers dispositifs sont ainsi sortis de la Commission action sociale. Une proposition de changement de nom, validée par les membres de la Commission

eux-mêmes en date du 12/10/2022, est en cours. La Commission devrait désormais s'appeler « Commission santé ».

Elle assumera les mêmes fonctions et continuera à être présidée par M. Xavier Prevedello.

Les élus restent particulièrement attentifs à proposer à la population une offre de services en santé organisée et lisible. Ceci passe par l'élaboration d'un plan de communication. L'objectif est également de rendre le territoire attractif, notamment pour favoriser l'installation de nouveaux professionnels de santé sur le territoire. Les professionnels sont soutenus dans leurs démarches afin de favoriser le travail en interdisciplinarité.

Pour rappel, le 7 novembre 2017, le conseil communautaire a approuvé le lancement de la démarche CLS à l'échelle intercommunale (délibération n° 11/2017-12). Le Président de la communauté de communes est autorisé à effectuer toutes les démarches nécessaires pour la mise en œuvre du CLS et notamment désigner les instances de la gouvernance pour définir un programme d'action pluriannuel.

3.2 L'articulation avec le Projet Régional de Santé Occitanie

Le Projet Régional de Santé Occitanie 2018-2022 avait pour ambition de mieux prendre en compte les besoins des personnes les plus vulnérables et agir efficacement pour réduire les inégalités de santé ou tout du moins ne pas les aggraver. Il devrait être renouvelé d'ici peu grâce au PRS 2023/2027.

Le CLS 2023/2027 s'inscrira donc naturellement dans les priorités du nouveau Projet régional de santé, tout en travaillant selon des directives propres aux spécificités de son territoire. La santé environnementale et la santé mentale constitueront des secteurs d'intervention prioritaires sur les cinq prochaines années.

LE CONTRAT LOCAL DE SANTE

Vu la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;

Vu la Loi n° 2009-897 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Vu la Loi 3DS relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration de février 2022 (article 122) portant sur l'obligation d'inscrire un volet dédié à la santé mentale dans les contrats locaux de santé (CLS)

Vu le Code de la Santé Publique, notamment ses articles L 1431-1, L 1434-2, L 1434-16, L 1434-17, L 1435-1

Considérant que le PRS Occitanie 2018-2022 a été arrêté le 3 aout 2018, qu'il s'articule avec la stratégie nationale de santé voulue par le gouvernement et le président de la République ;

Considérant la demande de renouvellement du CLS Terres des Confluences pour la période 2023-2027, par le Président de la Communauté de Communes en date du 28 Décembre 2021

Considérant les orientations stratégiques définies en comité de pilotage du CLS en date du 7 Décembre 2021 et validées en comité de pilotage le 24 Janvier 2023

Il est convenu ce qui suit :

Titre 1 : le champ du contrat

Article 1 : les parties signataires en tant que financeurs du poste de coordination

Le présent contrat est conclu entre :

- L'Agence Régionale de Santé d'Occitanie, représentée par son Directeur Général, Monsieur Didier Jaffre ;
- La communauté des communes « Terres des Confluences », représentée par son Président, Monsieur Dominique Briois ;

Article 2 : Le périmètre géographique du CLS

Le périmètre géographique du CLS est celui de la communauté de communes « Terres des Confluences » (voir page 3 du présent contrat).

Article 3 : les partenaires concernés par la démarche

Les signataires du Contrat Local de Santé « Terres des Confluences » en tant que partenaires associés sont :

- Le Conseil Départemental, représenté par Pascale Gomez, représentante titulaire et Corinne Imart, représentante suppléante
- La Direction Départementale de l'Emploi, du Travail, des Solidarités et de la Protection des Populations, représentée par Elodie Leblanc, représentante titulaire et Valérie Torreguitart, représentante suppléante
- Le Centre Hospitalier Intercommunal, représenté par Sabine Augé, représentante titulaire et Christelle Savalle, représentante suppléante

- ☑ La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Tarn-et-Garonne, représentée par Sandrine Da Malvidade, représentante titulaire et Frédéric Boulay, représentant suppléant
- ☑ La Mutualité Sociale Agricole Midi-Pyrénées Nord, représentée par Célia Martel, représentante titulaire et Béatrice Bigou, représentante suppléante
- ☑ La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Quercy Garonne, représentée par Raphaël Lozat, représentant titulaire, et Agnès Danis, représentante suppléante
- ☑ La Caisse d'Allocations Familiales, représentée par Nelson Andrade, représentant titulaire et Laure Dubus, représentante suppléante
- ☑ Le Dispositif d'Appui à la Coordination 82, représentée par Cécile Pessione, représentante titulaire

NB : la composition du Comité de suivi a été élargie suite à un travail mené par les membres historiques du Comité. Chaque signataire s'engage à informer le coordinateur du CLS du changement de ses représentants (titulaire et représentant).

Titre 2 : la gouvernance et les axes du contrat

Article 1 : une gouvernance partagée

La gouvernance du CLS s'organise selon trois niveaux :

Comité de pilotage du CLS (instance de gouvernance)

- Composition :
 - Les financeurs de la mission de coordination :
 - La communauté de Communes « Terres des Confluences » ;
 - L'ARS Occitanie, représentée par sa direction départementale Tarn-et-Garonne
- Missions :
 - Approche « stratégique » : Son rôle principal est de définir une politique commune et de piloter le Contrat Local de Santé (validation du bilan et des orientations). Il veille à la pérennisation du dispositif et des actions engagées. Il permet également de travailler sur les éventuels facteurs de blocage et garantit la légitimité et la sécurité du coordonnateur.

« Il valide les décisions importantes et procède aux arbitrages quand nécessaire. Il pose une vision partagée des dossiers importants. Il échange sur les positions propres à chacun et définit une orientation politique et une stratégie partagée. »

- Approche « opérationnelle » : Il assure le suivi de l'avancement du contrat, des prises de décisions collectives et particulières celles relevant de son champ de délégation.

« Il définit les engagements propres à chaque signataire et aligne les leviers et ressources de mise en œuvre (financière, technique, humaine, etc.) autour d'une réponse commune. »

- Rythme :
Il se réunit autant que de besoin, au moins 2 fois par an.

Comité de suivi associant les partenaires institutionnels du CLS (instance consultative)

- Composition : (*l'annexe 1 est révisable en tant que de besoin*)

Cf Annexe 1

- **Missions :**

Ce comité de suivi est une instance de concertation avec les principaux partenaires engagés dans le CLS autour de la mise en œuvre du programme d'actions.

Il contribue à la mise en œuvre du programme de travail (arrêté par l'instance de gouvernance).

Il permet d'apprécier les modalités d'intervention 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...).

Le niveau hiérarchique « décisionnaire » des partenaires est souhaité dans cette instance.

Le comité a aussi une fonction d'expertise permanente : actualisation du diagnostic par le repérage de nouveaux besoins et propositions de nouvelles orientations en matière d'actions, ainsi que la vigilance sur l'actualité des politiques de santé publique.

- **Rythme**

Le rythme des rencontres varie en fonction du travail à effectuer (au moins 2 fois /an)

Article 2 : les axes de travail – Annexe 3

Le CLS se décline autour de différents axes, qui ont été redéfinis par l'ensemble des membres des différentes instances de gouvernance du CLS 2019/2022. Ainsi, le CLS 2023/2027 sera organisé selon la structuration suivante :

Axe 1 : Redimensionner le volet santé de la compétence action sociale d'intérêt communautaire

- 1.1 Favoriser l'acculturation et mobilisation des élus dans le domaine de la santé
- 1.2 Accroître l'attractivité territoriale de la CC en créant une identité communautaire
- 1.3 Ancrer la CC comme point de relais infradépartemental pour l'accueil de nouveaux PS/Structures
- 1.4 Faciliter le recrutement de professionnels de santé sur le territoire
- 1.5 Articuler le secteur sanitaire territorial

Axe 2 : Valoriser les actions mises en œuvre par les partenaires sur le territoire

- 2.1 Alimenter la page du site internet de la CCTC par le biais d'une newsletter
- 2.2 Créer un partenariat radio autour du CLS
- 2.3 Créer un annuaire numérique santé intercommunal

Axe 3 : Favoriser la mise en relation des acteurs (élus, professionnels)

- 3.1 Alimenter une page professionnelle linkedin
- 3.2 Fédérer les acteurs du territoire autour d'évènements collectifs sur la prévention en santé
- 3.3 Favoriser les réponses collectives aux appels à projet

Axe 4 : Développer l'essor d'actions complémentaires innovantes

- 4.1 Appuyer et soutenir les 22 communes dans le développement d'actions en santé environnementale
- 4.2 Mettre en place des actions d'aller vers (personnes âgées, public en situation de précarité et jeunes)

Le plan d'actions est joint en *annexe 3* au contrat.

Titre 3 : la durée, l'évaluation et le financement du CLS

Article 1 : la durée du contrat

Le CLS est conclu jusqu'au 31/12/2027.

Il s'appuiera sur une gouvernance et une animation partagée autour d'un comité de pilotage politique du CLS, un comité de suivi des partenaires institutionnels et des groupes de travail ad hoc..

Article 2 : la révision du contrat

Le CLS pourra être révisé et complété par les parties, par voie d'avenant. Dans un souci de cohérence avec le Projet Régional de Santé, une adaptation du présent CLS aux nouveaux enjeux éventuels liée à sa révision pourra être réalisée.

Article 3 : l'évaluation du contrat

Le présent contrat fera l'objet d'une évaluation finale visant à mesurer, notamment, les résultats produits par rapport à ceux escomptés et le degré d'atteinte des objectifs inscrits au contrat, dans la mesure où un budget dédié sera consacré à cet axe. Des bilans annuels seront élaborés et diffusés à l'ensemble des membres du CLS.

Article 4 : le financement du contrat local de santé – mission de coordination, cofinancement, temps de travail

L'animation et la coordination du Contrat Local de Santé

La mise en œuvre du contrat est assurée par un coordonnateur. Il est placé sous l'autorité des cosignataires (CCTC et ARS Occitanie).

Il est le référent du CLS sur le territoire, de la planification du CLS, de l'animation territoriale et du travail en réseau et de l'appui aux instances de gouvernance du CLS.

Ses missions s'inscrivent dans le cadre des axes prioritaires et des objectifs opérationnels faisant l'objet du contrat.

Les engagements et les moyens

- Les signataires, financeurs de la mission de coordination, s'engagent à financer à parts égales la coordination du CLS ainsi qu'à la **mise en œuvre et au suivi du plan d'actions**.
- Les signataires s'engagent à faciliter la recherche de moyens et de financements. Il s'agit de mobiliser en priorité les crédits de droit commun (des signataires et de leurs partenaires), et de s'appuyer sur l'existant en l'optimisant. Certaines actions peuvent cependant nécessiter des financements provenant de crédits spécifiques (des signataires et de leurs partenaires). Une articulation doit être recherchée entre ces deux modes de financement : crédits de droit commun et crédits spécifiques.
- Les partenaires institutionnels associés s'engagent à la mobilisation et à la recherche de moyens pour la mise en œuvre de leurs actions.

Le financement du Contrat Local de Santé

L'ensemble des actions sont menées sous réserve des dotations annuelles.

ANNEXES AU CONTRAT

Annexe 1 : Les membres signataires du Comité de Suivi

Annexe 2 : Diagnostic territorial de santé MAJ 2021 - ORS

Annexe 3 : Le cadre logique 2023/2027

Annexe 4 : Le chronogramme global

Annexe 4bis : Le chronogramme N1

Annexe 5 : Le chronogramme de la gouvernance

Annexe 6 : les Fiches actions

Annexe 7 : Glossaire

Fait à Montauban, en deux exemplaires, le 30 JAN. 2023

LES PARTIES SIGNATAIRES

Le Président de la Communauté de Communes
Terres des Confluences - Dominique Briois



P/O Le Directeur Général de l'Agence Régionale
de Santé Occitanie - Didier Jaffre



 **Annexe 1 : Les partenaires associés du Comité de Suivi**

- Le Conseil Départemental, représenté par Pascale Gomez, représentante titulaire et Corinne Imart, représentante suppléante

Signature du président du Conseil Départemental du Tarn et Garonne

- La Direction Départementale de l'Emploi, du Travail, des Solidarités et de la Protection des Populations, représentée par Elodie Leblanc, représentante titulaire et Valérie Torreguitart, représentante suppléante

Signature de de la Directrice Départementale de la Cohésion sociale

- Le Centre Hospitalier Intercommunal, représenté par Sabine Augé, représentante titulaire et Christelle Savalle, représentante suppléante

Signature du directeur du Centre Hospitalier Intercommunal

- La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Tarn-et-Garonne, représentée par Sandrine Da Malvidade, représentante titulaire et Frédéric Boulay, représentant suppléant*

Signature de la directrice de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Tarn et Garonne

- La Mutualité Sociale Agricole Midi-Pyrénées Nord, représentée par Célia Martel, représentante titulaire et Béatrice Bigou, représentante suppléante

Signature du directeur de la Mutualité Sociale Agricole Midi-Pyrénées Nord

- La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Quercy Garonne, représentée par Raphaël Lozat, représentant titulaire, et Agnès Danis, représentante suppléante

Signature du directeur de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Quercy Garonne

- La Caisse d'Allocations Familiales, représentée par Nelson Andrade, représentant titulaire et Laure Dubus, représentante suppléante

Signature de la Directrice de la Caisse d'Allocations Familiales du Tarn et Garonne



- Le Dispositif d'Appui à la Coordination 82, représentée par Cécile Pessione, représentante titulaire

Signature de la directrice du Dispositif d'Appui à la Coordination

interOPTS 82



Annexe 7 – Glossaire

CLS – Contrat Local de Santé
CLSM – Conseil Local en Santé Mentale
PRS – Projet Régional de Santé
DAC – Dispositif d'appui à la coordination
CREAI- ORS – Centre Régional d'études d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité - Observatoire régional de santé
CSP – Centre de santé pluriprofessionnel
MSP – Maison de santé pluriprofessionnelle
CPTS - Communauté professionnelle territoriale de santé
CCTC – Communauté de Communes Terres des Confluences
ALD – Affectation Longue Durée
APA – Aide aux Personnes Agées
AEEH – Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
AAH – Allocation adulte handicapé
SSIAD – Service de Soins Infirmiers à Domicile
IREPS – Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
RSA – Revenu de Solidarité Active