



CONTRAT LOCAL DE SANTE

ENTRE

LE PREFET DU DEPARTEMENT DES HAUTES ALPES
LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
LE MAIRE DE LA VILLE DE BRIANCON
LE PRESIDENT DE LA COMMUNAUTE DE COMMUNES DU
BRIANÇONNAIS
LE PRESIDENT DE L'UBAC

POUR LA PERIODE DU 1^{er} JANVIER 2015 A LA DATE DE FIN DE
VALIDITE DU PRS PACA

La Ville de Briançon et l'ARS PACA, copilotes de l'élaboration du Contrat Local de Santé du Briançonnais, remercient l'ensemble des partenaires pour leurs contributions, leur participation aux réunions des groupes de travail, leurs apports d'informations et de sources alimentant le diagnostic et leur aide à la rédaction du document.

SOMMAIRE

PREAMBULE.....	4
Rappel de la Loi HPST et définition des CLS	4
Historique du CLS sur Briançon	4
2012-2013 : Deux conventions de partenariat ARS / ville de Briançon pour l'élaboration du diagnostic et la mise en place d'un Contrat local de santé	4
2014 : La démarche d'élaboration du CLS 2014.....	5
LES ELEMENTS DE DIAGNOSTIC.....	6
La nécessaire prise en compte dans le CLS de la particularité démographique de ce territoire touristique et transfrontalier.....	6
La prise en compte de la saisonnalité en matière d'accès aux droits, aux soins et à la prévention	7
L'accès aux droits, aux soins et à la prévention des saisonniers posent problème	7
Les problèmes de variations saisonnières de population à prendre en compte dans la structuration de l'offre de soins	8
La prise en compte de la dimension transfrontalière en matière d'accès aux soins	9
Briançonnais et vallée de Suse : une identité culturelle commune et une unité territoriale qui dépassent les frontières	9
Une utilisation de l'offre de soins du Briançonnais par les Italiens	9
La question de l'amélioration des prises en charge des Italiens	10
La question du maintien d'une offre de soins en adéquation avec les besoins du territoire franco-italien	10
LE CADRE GENERAL DU CLS	11
Les enjeux	11
Les stratégies.....	11
Les axes retenus.....	11
LES ENGAGEMENTS DU CLS	12
Titre 1 - Le champ du CLS.....	12
Titre 2 - Les actions du CLS.....	13
Titre 3 – La mise en œuvre du CLS.....	14
Le champ de la gouvernance.....	14
Le financement.....	15
L'évaluation	15
La durée du CLS	15
La révision du CLS	15
LES ANNEXES	17
Annexe 1 : Les liens pour accéder au programme régional de santé (PRS) et aux schémas régionaux d'organisation	17
Annexe 2 : Les différentes productions du diagnostic santé.....	17
Annexe 3 : Présentation des axes stratégiques.....	17

PREAMBULE

RAPPEL DE LA LOI HPST ET DEFINITION DES CLS

La Loi **Hôpital Patients, Santé et Territoires** de 2009 (HPST) précise que la mise en œuvre du Projet régional de santé peut faire l'objet de **Contrats locaux de santé (CLS)** conclus entre l'Agence régionale de santé et les collectivités territoriales et leurs groupements. Les CLS portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

*« Le Projet régional de santé est constitué : (...) de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas (...) La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des **Contrats locaux de santé** tels que définis à l'article L. 1434-17 » (Loi HPST n° 2009-879 du 21 Juillet 2009).*

*« 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 » (Art. L. 1434-17 du CSP).*

Les CLS se doivent d'être en cohérence avec les grands principes retenus pour le Projet régional de santé (PRS) et inscrits dans le Plan stratégique régional de santé (PSRS), et qui vont guider l'action régionale en matière de santé. **La zone de contractualisation** possible se situe précisément au croisement des objectifs de l'Etat, de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et de ceux des collectivités territoriales.

Les Contrats locaux de santé permettent de développer, dans les collectivités locales éligibles, des moyens d'observation, de mobilisation et de coordination des ressources sanitaires. Basés sur un diagnostic santé, ils doivent proposer un Projet local de santé devant concourir à l'amélioration de la situation sanitaire de la population du territoire.

Les CLS ont vocation à s'appliquer sur tous les territoires de santé définis par les ARS.

HISTORIQUE DU CLS SUR BRIANCON

2012-2013 : Deux conventions de partenariat ARS / ville de Briançon pour l'élaboration du diagnostic et la mise en place d'un Contrat local de santé

La ville de Briançon, 12 000 habitants, située à 1326m d'altitude, dotée d'un environnement exceptionnel, a son nom attaché à la santé, particulièrement depuis son classement en station climatique il y a un siècle. La ville a rejoint récemment le réseau français de villes santé OMS (Organisation Mondiale de la Santé) dont les principes comprennent l'amélioration de la santé pour tous et la réduction des inégalités devant l'accès aux soins et au bien-être.

Briançon avait déjà engagé un certain nombre d'actions (Plan National de Nutrition Santé, jardins familiaux, plateforme de réception des jeunes en difficulté, reconversion des sanatoriums avec mise en place de diverses structures spécialisées, prise en compte des travailleurs saisonniers... et bien d'autres).

Dans le cadre de cette approche globale de santé, la municipalité a signé en 2012 une convention de partenariat avec l'ARS (Agence Régionale de Santé) pour la réalisation d'un diagnostic préalable au CLS, puis en 2013 une convention pour la mise en œuvre du Contrat Local de Santé (CLS) sur Briançon.

Le CLS doit être le moyen permettant de mobiliser autour de projets communs sur un territoire donné les acteurs de la santé pour créer des synergies et réduire les inégalités territoriales et sociales de santé.

2014 : La démarche d'élaboration du CLS 2014-2016

Dans le cadre de la signature d'un Contrat Local de Santé (CLS) avec l'Agence Régionale de Santé (ARS), la ville de Briançon s'est engagée en 2014 dans **la réalisation d'un diagnostic local de santé**, avec l'appui méthodologique du cabinet Icone médiation santé. Ce diagnostic a permis d'identifier les besoins prioritaires en matière de santé **sur le territoire briançonnais** et de mobiliser autour de projets communs les acteurs du territoire. Ce travail réalisé de Février à Novembre 2014 s'est articulé autour de **deux phases**:

- **Phase 1** : le diagnostic local de santé ;
- **Phase 2** : la rédaction du CLS.

Le diagnostic local de santé a été réalisé en 4 étapes :

L'étape A s'est attachée à recueillir des données quantitatives de cadrage sur les caractéristiques sociodémographiques et socioéconomiques de la population du territoire de Briançon et du Pays du Grand Briançonnais, l'état de santé de la population et l'offre de santé du territoire ;

L'étape B a complété le premier temps d'analyse documentaire par un diagnostic qualitatif à travers le recueil du point de vue des professionnels du territoire ;

L'étape C reprend les résultats de l'analyse quantitative et qualitative des premières étapes du diagnostic, afin de mettre en avant les spécificités du territoire par une mise en perspective des problématiques identifiées avec celles observées sur des territoires similaires (territoires montagneux, transfrontaliers, ou éloignés des grandes villes).

L'étape D est une analyse transversale synthétique issue de l'exploitation des différentes productions de la phase 1. Cette Etape a permis de cerner **les dix principales problématiques transversales du territoire briançonnais** :

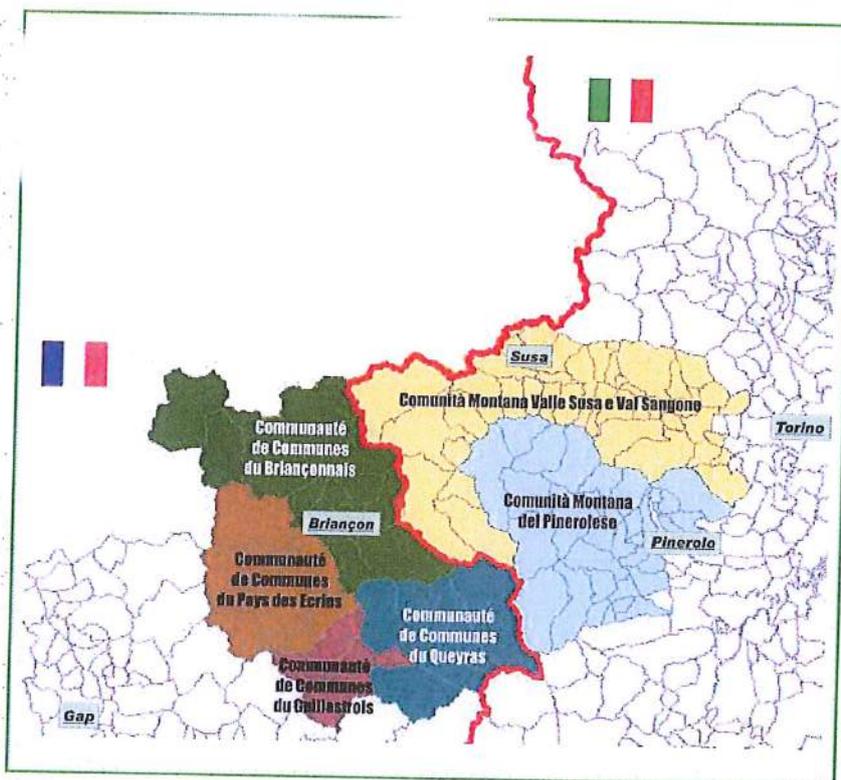
- Cinq problématiques correspondant à **des thématiques transversales**, communes à plusieurs « parcours de santé » :
 - ✓ des difficultés d'accès aux Droits ;
 - ✓ des manques en matière d'offre de santé ;
 - ✓ des manques et dysfonctionnements en matière de prévention ;
 - ✓ des difficultés de prise en charge des problèmes de santé mentale ;
 - ✓ des conséquences négatives des conditions de vie et d'habitat sur l'état de santé.
- Deux problématiques transversales concernant **l'organisation générale de l'offre de santé** :
 - ✓ la coordination des acteurs sur certains « parcours de santé » ;
 - ✓ la visibilité et les représentations de l'offre locale de santé.
- Trois problématiques liées **aux caractéristiques géographiques** particulières du Grand briançonnais :
 - ✓ les conditions d'accessibilité physique à l'offre de santé ;
 - ✓ **la prise en compte de la saisonnalité en matière d'accès aux droits, aux soins et à la prévention ;**
 - ✓ **la prise en compte de la dimension transfrontalière en matière d'accès aux soins.**

Il a été fait **le choix de centrer le CLS sur les problématiques liées aux spécificités territoriales du Briançonnais**, sachant que de certaines problématiques diagnostiquées sont d'ores et déjà prises en compte dans le cadre du Programme territorial de santé des Hautes-Alpes (PTS 05). C'est pourquoi ce sont les deux dernières problématiques qui ont été retenues comme axes stratégiques du futur CLS du territoire briançonnais. **Le diagnostic a aussi confirmé la pertinence de positionner géographiquement le CLS à l'échelle du Briançonnais.**

LES ELEMENTS DE DIAGNOSTIC

LA NECESSAIRE PRISE EN COMPTE DANS LE CLS DE LA PARTICULARITE DEMOGRAPHIQUE DE CE TERRITOIRE TOURISTIQUE ET TRANSFRONTALIER

Située dans un territoire enclavé de montagnes et Hautes-montagnes au Nord du département des Hautes-Alpes (Provence-Alpes-Côte-D'azur), et proche de la frontière avec l'Italie, la ville de Briançon est au cœur d'un large territoire transfrontalier présentant des similitudes et des liens socio-économiques. Ce territoire correspond aux Communautés de Communes du Briançonnais, Guillestrois, Queyras et Pays des Ecrins côté français et aux six Communautés de Montagne de l'aire de Pignerol, de la Val Sangone, de la Val Susa côté italien. **Le CLS, dans sa configuration, doit être pensé à cette échelle géographique.**



Le Briançonnais a toujours été un territoire d'accueil. C'est pourquoi les données INSEE de populations résidentes ne reflètent pas la réalité démographique de ce territoire.

Si la commune de Briançon comptait en 2009 11 574 habitants et le Pays du Grand Briançonnais 34 597 habitants, ne sont pas comptabilisés : les nombreux habitants en résidence secondaire demeurant de longs mois, **les saisonniers**, les touristes présents lors des deux saisons, les personnes accompagnants les malades, les jeunes en Meecs... **Aussi, nous pouvons estimer la population du territoire à près du double.**

De plus, compte tenu des caractéristiques géographiques évoquées ci-dessus, il est aussi important de prendre en considération les habitants des vallées italiennes de Suse et de Pignerol qui, notamment en matière d'accès à l'offre de santé, passent la frontière régulièrement.

LA PRISE EN COMPTE DE LA SAISONNALITE EN MATIERE D'ACCES AUX DROITS, AUX SOINS ET A LA PREVENTION

Le tourisme structure l'activité économique autour du sport et de la montagne, ce qui engendre la présence d'une population importante de touristes et de personnes occupant des emplois saisonniers sur deux périodes (estivale et hivernale).

L'accès aux droits, aux soins et à la prévention des saisonniers posent problème

Une étude de l'INSEE (2003-2004) s'intéressant aux saisonniers d'hiver de la montagne en région PACA montrait une variation des effectifs de l'emploi salarié entre basse et haute saison d'environ 30% dans les bassins de montagne de Provence-Alpes-Côte d'Azur, liée à l'embauche de saisonniers en période de haute fréquentation touristique. **Le Grand Briançonnais était le plus grand bassin d'emploi de la région pour les saisonniers d'hiver.** Dans le Queyras, le poids des saisonniers d'hiver dans l'emploi salarié atteignait 44%, soit près du double de celui mesuré dans l'ensemble des bassins de montagne.

Dans cette étude, l'âge médian des saisonniers d'hiver était de 28 ans (la moyenne d'âge des salariés du secteur du tourisme étant de 33 ans) et la majorité (59%) étaient des hommes. 22% ne résidaient pas habituellement en Provence-Alpes-Côte d'Azur et 12% avaient leur résidence principale dans un autre département de la région. Plus de la moitié des saisonniers d'hiver travaillait dans l'hôtellerie restauration, le reste travaillant essentiellement dans les remontées mécaniques et le commerce. Près de la moitié des saisonniers ne retrouvait pas d'emploi salarié après l'hiver ; parmi ceux-ci, la plupart n'avait perçu aucune indemnité chômage dans l'année précédant ou suivant l'emploi saisonnier d'hiver. Près du quart des saisonniers retrouvait un emploi saisonnier du tourisme pendant la saison d'été.

7

On distingue deux situations principales parmi les saisonniers :

- **Les saisonniers « locaux »**, habitant à l'année sur Briançon, qui ont une activité saisonnière. Ceux-ci sont plutôt plus âgés, en famille. Les problématiques de santé rencontrées sont surtout liées à une surcharge de travail en saison entraînant de la fatigue. Les problématiques rencontrées rejoignent souvent celles du champ de la précarité.
- **Les saisonniers « mobiles »**, qui viennent sur Briançon pour une saison (surtout l'hiver, où ils représentent plus de la moitié des saisonniers). Ceux-ci sont plutôt plus jeunes. Leurs problématiques de santé principales sont liées au cumul d'une surcharge de travail, de comportements à risque en milieu festif (poly consommation, peu de sommeil...), d'une pratique du ski en temps libre (risque de traumatologie du fait de la fatigue, pas de protection solaire...) et de mauvaises conditions de vie (mauvaise alimentation, conditions d'hébergement, parfois dans des camionnettes...).

Ces saisonniers sont confrontés à de nombreux problèmes d'accès aux droits, aux soins et à la prévention. La plupart de ces problèmes ont déjà été évoqués sur les thématiques transversales :

- **Des problématiques d'accès aux droits pour les saisonniers dépendant de plusieurs caisses** : la majorité des saisonniers sont affiliés à la sécurité sociale. Il peut toutefois se présenter des problèmes pour les saisonniers en pluriactivité, lorsqu'ils dépendent de plusieurs caisses (différents régimes, dont le RSI). Une réflexion avait été amorcée par la CPAM autour de l'idée d'une caisse « Pivot », sorte de guichet unique pour la perception des prestations (avec reversement au niveau des différentes caisses), mais celle-ci n'a pas abouti.
- **Très peu de saisonniers bénéficient d'une complémentaire santé** : globalement, très peu de

saisonniers bénéficient d'une complémentaire santé. Un dispositif existe dans le secteur de l'hôtellerie / restauration où les saisonniers ayant atteint un mois d'ancienneté dans l'entreprise doivent être affiliés à la mutuelle HCR Santé, financée pour moitié par l'employeur. Il existe ensuite un « principe de portabilité » ; cette complémentaire est maintenue (et gratuite) en fin de saison lors de l'inscription au chômage, pour la même durée que le contrat en saison. Cependant, la proportion de saisonniers faisant valoir leurs droits à cette complémentaire est faible.

- **Des problématiques d'accès aux soins de premier recours** : il est fait état d'une difficulté pour les saisonniers à trouver un médecin traitant, mais cette problématique concerne l'ensemble des nouveaux arrivants sur Briançon.
- **Une médecine du travail absente** : il est évoqué l'existence d'une dérogation supprimant la visite médicale de la médecine du travail pour les saisonniers travaillant moins de 45 jours, ainsi qu'une dérogation remplaçant cette visite par des informations collectives de prévention en entreprise, avec possibilité de consultation sur demande de l'employé. Les professionnels interrogés estiment que l'absence de la médecine du travail sur le secteur touristique de Briançon est problématique.
- **Des problématiques de santé résultant de comportements à risque, des conditions de vie et de travail** : les conduites à risque sont jugées fréquentes parmi la population des saisonniers et concernent notamment l'abus d'alcool et de toxiques, les comportements sexuels à risque, la pratique du sport dans des conditions de prise de risques (traumatismes liés à la fatigue...)
 - ✓ Les conditions de vie et de précarité posent des problèmes d'hygiène de vie : alimentation, logement (certains saisonniers logeant dans des camionnettes, d'autres dans des logements sur occupés) ;
 - ✓ Les conditions de travail sont à l'origine de problèmes de sommeil et de surmenage ;
 - ✓ Enfin, la souffrance psychique et le mal-être sont fréquents, exacerbés par les conditions de vie et de travail et l'éloignement du milieu familial.
- **Une prise en charge complexe en santé mentale** : les délais d'attente pour une prise en charge en santé mentale posent problème pour les saisonniers présents de façon intermittente sur le territoire. Il se pose également des problèmes de suivi.
- **Un public très difficile à mobiliser pour des actions de prévention** : les actions de prévention organisées rencontrent de très faibles taux de participation malgré les tentatives d'organisation d'actions « sur site ». Il a été constaté à quelques occasions des attitudes de rejet et de provocation face aux discours préventifs.

Les problèmes de variations saisonnières de population à prendre en compte dans la structuration de l'offre de soins

L'étude comparative réalisée avec un espace aux caractéristiques géographiques et économiques proches, le territoire de Cerdagne Capcir Haut Conflent, Pyrénées Orientales (Etape C), confirme la nécessité de prendre en compte les variations saisonnières de la population dans l'adaptation du système de santé, et plus particulièrement :

- de l'offre de soin de premier recours (structuration de l'offre de soin en Maison de santé avec des postes partagés avec d'autres structures de santé en période d'afflux touristique) ;
- et sur la continuité des soins (maillage du territoire entre les différents sites et type de structures, Maison de santé, établissements de santé...).

LA PRISE EN COMPTE DE LA DIMENSION TRANSFRONTALIERE EN MATIERE D'ACCES AUX SOINS

Briançonnais et vallée de Suse : une identité culturelle commune et une unité territoriale qui dépassent les frontières

Le Grand Briançonnais est situé à la frontière avec l'Italie, à environ 110 km de Turin, et donc relativement proche du grand bassin économique turinois. Ce territoire a des identités communes et une histoire ancienne au-delà des frontières. L'histoire franco italienne est marquée par l'actuel Dauphiné italien et piémontais, qui appartenait à la France et au Briançonnais jusqu'en 1713 dont les vallées d'Ouls en Haute Vallée de Suse. Cet espace transfrontalier (Briançonnais et Queyras d'un côté et vallées de Suse et de Pignerol de l'autre) est le théâtre d'échanges et de flux de nature économique. Les déplacements de travailleurs transfrontaliers témoignent de ces échanges interterritoriaux et d'une circulation de flux.

Des coopérations transfrontalières existent dans le cadre d'un plan intégré transfrontalier (PIT) dans le domaine de la préservation du patrimoine géologique et culturel, la valorisation des ressources forestières et la promotion de l'agriculture locale. Le Pays du Grand Briançonnais reprend dans sa charte de développement des objectifs en termes de coopération transfrontalière, notamment en encourageant les initiatives transfrontalières (axe 16) :

- réduire la barrière linguistique et les obstacles administratifs ;
- créer des outils de connaissance, de travail et d'échanges communs ;
- encourager les initiatives communes de projets ;
- aménager un territoire transfrontalier ;
- développer les moyens de communication et l'accessibilité ;
- initier un réel partenariat, tant économique que culturel, avec tous les acteurs du territoire ;
- développer des filières et des projets communs ;
- mettre en place des formations franco-italiennes, encourager le développement de formations universitaires spécifiques à l'économie de montagne, encourager le bilinguisme.

Cette proximité géographique, économique et culturelle entre population italienne de la Vallée de Suse et population française du Briançonnais est soulignée par les professionnels interrogés. En matière de santé, ces derniers insistent sur les problèmes et questions engendrés par **l'utilisation de l'offre de soins du Briançonnais par les italiens orientée vers l'offre de soins hospitalière et spécialisée**, compte tenu de la dégradation de l'offre de soins hospitalière italienne de la vallée de Suse.

Une utilisation de l'offre de soins du Briançonnais par les italiens

Les entretiens avec les professionnels font apparaître une utilisation de l'offre de soins du Briançonnais par les italiens orientée vers **l'offre de soins hospitalière et spécialisée**. Les raisons sont diverses :

- L'offre de santé de la Vallée de Suse s'organise autour de deux établissements hospitaliers, l'un à Suse (57 km soit environ 1 heure de Briançon), l'autre à Rivoli (proche de Turin, à environ 1h30 de Briançon). Les Centres hospitaliers universitaires et plateaux techniques lourds se situent à Turin. **Cette offre est en déclin, avec la fermeture de certains services hospitaliers**. Les Italiens désirant se faire soigner s'orientent alors vers l'offre Briançonnaise. La population italienne représenterait environ 5% de la patientèle de l'hôpital de Briançon aujourd'hui, mais celle-ci croîtrait rapidement d'après les professionnels interrogés ;
- Au-delà de services inexistant du côté italien, les professionnels interrogés signalent **des délais d'attente moins longs en France qu'en Italie** pour les hospitalisations programmées, rendant l'hôpital de Briançon attractif pour les italiens ;
- **L'absence d'offre en Soins de suite et réadaptation dans la Vallée de Suse** est également à l'origine d'une forte attractivité des établissements de SSR Briançonnais.

En ce qui concerne **l'offre de soins de premiers recours ambulatoire** :

- Les acteurs signalent une faible utilisation de l'offre de soins de premier recours de Briançon par les Italiens transfrontaliers ; cependant à proximité immédiate de la frontière franco-italienne, les Italiens peuvent avoir recours à l'offre française en médecine générale ;
- Les professionnels estiment à environ 5% la part d'Italiens dans la patientèle des spécialistes libéraux (ORL, radiologie, dentistes).

Ces différents constats ont amené les acteurs à formuler leur intérêt pour une coopération transfrontalière en matière sanitaire, essentiellement sur deux questions : **l'amélioration des prises en charge hospitalière des Italiens et le maintien d'une offre de soins en adéquation avec les besoins du territoire franco-italien.**

La question de l'amélioration des prises en charge des Italiens

L'accueil des patients Italiens est parfois compliqué par la barrière de la langue. Des efforts sont signalés sur l'hôpital de Briançon pour organiser l'accueil des patients Italiens dans leur langue, mais il est jugé qu'ils doivent être poursuivis et renforcés.

L'absence de protocole d'entente transfrontalier formalisé en ce qui concerne les transports sanitaires (hélicoptère, ambulances) engendre des aberrations en matière de transport et de prise en charge de certains patients notamment lors d'accidents. Les acteurs hospitaliers français et Italiens seraient favorables à une coopération transfrontalière sur le sujet mais rencontrent des difficultés à identifier les interlocuteurs compétents pour la mettre en œuvre.

Les Italiens représenteraient aujourd'hui une faible part de la patientèle des établissements de SSR Briançonnais en raison de l'absence d'accord entre caisses française et italienne pour la prise en charge des séjours SSR en admission directe (sans passage par l'hôpital) des Italiens. Ceci restreint la patientèle italienne en SSR aux Italiens directement adressés par l'hôpital de Briançon, ou en capacité de financer eux-mêmes leur séjour (ou via des assurances privées).

10

La question du maintien d'une offre de soins en adéquation avec les besoins du territoire franco-italien

Les compétences spécialisées se raréfient et gagneraient à être mutualisées sur le territoire transfrontalier partageant une même réalité géographique. Des déséquilibres existent entre la Vallée de Susse et le Pays du Grand Briançonnais en ce qui concerne l'offre hospitalière et libérale spécialisée. Les professionnels interrogés expriment le souhait de formaliser des collaborations franco-italiennes et des échanges allant dans les deux sens, afin de répondre aux déficits de l'offre de part et d'autre de la frontière.

Les professionnels interrogés **soulignent les difficultés de recrutement de médecins hospitaliers et le manque d'attractivité du territoire pour certaines professions de santé.** Il est jugé que cette question doit prendre en compte l'aspect transfrontalier en le transformant en atout, avec, par exemple, l'accueil d'internes Italiens sur l'hôpital de Briançon.

LE CADRE GENERAL DU CLS

Le contrat local de santé du Briançonnais s'inscrit dans la déclinaison locale des priorités et objectifs du programme régional de santé de l'ARS PACA ainsi que dans la dynamique d'intervention de la ville de Briançon et des différents partenaires locaux dans le champ de la santé publique.

LES ENJEUX

Le CLS doit être le moyen permettant de mobiliser les acteurs de la santé du territoire briançonnais et transfrontalier autour de projets communs, ceci afin :

- de créer des synergies ou de les renforcer ;
- et de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé.

LES STRATEGIES

Les conditions de réussite du Contrat local de santé de Briançon dépendent en grande partie de la prise en compte des spécificités géographiques et démographiques du territoire d'inscription ou d'influence de celui-ci. Il est effectivement important de prendre en considération la mesure de la particularité et du réel poids démographique de ce territoire transfrontalier.

Compte tenu des choix faits :

- la mobilisation des acteurs de terrain dans la mise en œuvre des actions ;
 - le portage politico-institutionnel côté français par l'intermédiaire d'une inscription forte dans les politiques locales des axes du CLS ;
 - le développement du partenariat avec l'Italie ;
 - et l'appui au plus haut des Etats pour faciliter les initiatives locales ;
- sont des points stratégiques indispensables pour la réussite du CLS.

LES AXES RETENUS

Les 2 axes stratégiques retenus dans le cadre du CLS 2015-2018 du Briançonnais sont :

- ✓ **Axe 1 : la prise en compte de la saisonnalité en matière d'accès aux droits, aux soins et à la prévention ;**
- ✓ **Axe 2 : la prise en compte de la dimension transfrontalière en matière d'accès aux soins.**

Elles constituent la base du cadre programmatique du CLS.

LES ENGAGEMENTS DU CLS

TITRE 1 - LE CHAMP DU CLS

Vu le Code de la santé publique, notamment les articles L.1434-2 et L.1434-17,

Il est convenu ce qui suit :

Article 1 – Les signataires du CLS

Le présent contrat est signé par la ville de Briançon, représentée par son Maire, l'ARS PACA, représentée par son Directeur Général, l'État, représenté par le Préfet des Hautes Alpes, la Communauté de communes du Briançonnais, représentée par son Président, et l'Union d'Établissements et de Services de Santé du Briançonnais, représenté par son Président.

Article 2 – Le périmètre géographique

Le CLS couvre le territoire de la Communauté de communes du briançonnais (communes de Briançon, de Cervières, de la Grave, de la Salle les Alpes, du Monétier les Bains, de Montgenèvre, de Névache, de Puy Saint-André, de Puy Saint-Pierre, de Saint-Chaffrey, de Val des Prés, de Villard d'Arène et de Villard Saint Pancrace). Ce territoire pourra évoluer dans l'avenir en fonction de l'adhésion souhaitable des autres Communautés de communes (Guillestrois, Queyras et Pays des Ecrin).



Article 3 – Les partenaires du CLS

Les signataires du CLS associeront, autant que de besoin, à la définition des programmations annuelles successives du CLS et à leur mise en œuvre respective, les partenaires dans le champ de compétence desquels s'inscrit l'action ou la thématique.

Article 4 – La nature des engagements

Afin de pouvoir examiner les propositions d'actions sur les deux axes retenus, de les sélectionner au regard de critères de priorité pour le territoire de la commune et de faisabilité ;

Afin de préciser le montage opérationnel des actions retenues ;

Afin de proposer les modalités juridiques, financières, institutionnelles envisageables, en privilégiant l'optimisation des ressources existantes sur le territoire et les partenariats ;

Afin d'assurer une formulation des projets et une programmation annuelle du CLS cohérentes avec les priorités des schémas d'organisation des décideurs et avec les moyens dont ils disposent ;

Les signataires du CLS s'engagent sur :

- des objectifs qui guideront la sélection des mesures à mettre en œuvre pour chacun des deux axes ;
- des dispositifs sur lesquels les actions du CLS pourront être définies et bâties ;
- des modalités de pilotage, d'organisation et de suivi du présent contrat-cadre.

TITRE 2 - LES ACTIONS DU CLS

Pour chaque axe, un schéma général présentant **les actions** a été constitué (cf. annexes).

13

Ces schémas permettent d'identifier :

- le cadre général des politiques publiques (européennes, nationales, régionales, départementales et locales) sur lequel il sera possible de s'appuyer ;
- des éléments de diagnostic justifiant de la pertinence de la thématique ;
- les leviers d'actions (acteurs et dynamiques) sur lesquels la thématique repose ;
- les actions existantes à renforcer et les nouvelles actions à mettre en œuvre.

Les actions présentées sont de trois ordres :

- les actions déjà existantes à ce jour, donc à maintenir, à renforcer : court terme ;
- les actions qui n'existent pas encore à ce jour, et à mettre en œuvre rapidement dans le cadre du CLS : moyen terme ;
- les actions qui n'existent pas et qui nécessitent plus de temps, des préalables, avant d'être mises en œuvre : long terme.

Les objectifs et le contenu des actions, ainsi que leur pilotage et les partenariats seront complétés et détaillés en lien avec le coordonnateur et pourront être ajoutés par avenant au CLS.

Les signataires du CLS s'engagent à assurer conjointement le suivi des actions choisies.

TITRE 3 – LA MISE EN ŒUVRE DU CLS

Le champ de la gouvernance

Le mode de gouvernance partagée entre signataires du CLS fonctionne selon les principes de concertation, de partage des informations et des décisions. La mise en œuvre des décisions s'exerce de concert.

Le pilotage du CLS se place à deux niveaux de missions, stratégique et opérationnel, avec :

Un Comité de pilotage composé, essentiellement, des signataires:

- La ville de Briançon ;
- La Préfecture ;
- La communauté de communes du Briançonnais ;
- L'Agence régionale de santé ;
- L'UBRAC.

Le Conseil Général et la CPAM, même s'ils ne sont pas aujourd'hui signataires du CLS, et en raison de leur rôle primordial dans la mise en œuvre des politiques publiques, sont invités à participer à cette instance.

Compte tenu des axes retenus, certains offreurs de santé seront présents dans cette instance, à titre consultatif :

- Le Centre Hospitalier de Briançon ;
- La fondation Edith Seltzer.

Ce Comité de pilotage est l'instance politique et décisionnelle du CLS. Il est chargé des relations avec les différentes instances régionales et départementales et notamment avec le COPIL du Programme Territorial de Santé (PTS) et la Conférence de territoire qui doit rendre un avis et être informée des évolutions.

Il sera garant de la cohérence des actions et établira un bilan annuel du CLS.

Un Comité technique ouvert aux différents partenaires (à déterminer en Comité de pilotage), est l'instance opérationnelle :

- les instances techniques des membres du COPIL ;
- le Pays du Grand Briançonnais ;
- la MSA et le RSI ;
- les pilotes et partenaires des différentes actions mises en œuvre dans le cadre du CLS ;
- des représentants de dispositifs associés au CLS (ex : Ville santé OMS) ;
- Autres...

Ce Comité sera animé par **le coordonnateur du CLS**.

Il serait chargé de :

- sa mise en œuvre ;
- de la rédaction des fiches actions ;
- la cohérence des actions par rapport aux orientations déterminées par le COPIL ;
- d'informer le COPIL de l'avancement des réalisations ;
- proposer des orientations et ajustements si nécessaire ;
- proposer un bilan annuel à la validation du COPIL ;
- constituer en tant que de besoin des groupes techniques autour de certaines thématiques à déterminer.

Le financement

Les signataires s'engagent à financer conjointement les actions validées dans le cadre du CLS à partir des plans de financement qu'ils auront élaborés en commun et qui seront validés par les instances décisionnelles du CLS.

L'évaluation

L'évaluation du CLS consistera à observer et à analyser la pertinence (réponses à des besoins recensés), la cohérence interne (adéquation entre objectifs fixés et actions mises en œuvre), la cohérence externe (adéquation avec le cadre général des politiques publiques), la visibilité (connaissance du dispositif), la gouvernance (qualité des partenariats et de la coordination institutionnels) et l'efficience (rapport coût/résultats) du dispositif dans sa globalité.

Le Comité de pilotage sera chargé de définir les indicateurs de suivi de la mise en œuvre du programme d'action du CLS.

L'évaluation des actions du CLS sera basée sur des indicateurs spécifiques construits au cours de l'année 2015 dans le cadre du travail de construction des actions.

Elle consistera pour les porteurs d'actions à observer et à analyser les actions de terrain en elles-mêmes, à travers la mesure de l'activité (écart entre prévisionnel et réalisé), des processus (obstacles, résistances et éléments facilitateurs de mise en œuvre) et des résultats (atteinte des objectifs).

La durée du CLS

Le présent contrat est signé pour une durée allant de la date de signature à la date de fin de validité du Programme Régional de Santé PACA.

15

La révision du CLS

Pendant toute la durée de validité, le contrat peut faire l'objet d'une révision à la demande de l'un des signataires. Toute modification fera l'objet d'un avenant qui devra être approuvé par l'ensemble des signataires du présent CLS.

Fait à Briançon, le 18 Décembre 2014



Le Maire de Briançon
Gérard FROMM



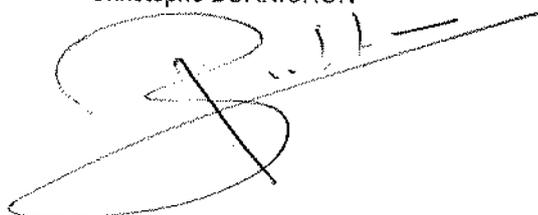
Le Président de la Communauté
de communes du Briançonnais
Alain FARDELLA

Le Directeur général de l'Agence
régionale de santé
Provence-Alpes-Côte d'Azur
Paul CASTEL



Le Préfet des Hautes-Alpes
Pierre BESNARD

Le Président de l'UBRAC
Christophe BURNICHON



LES ANNEXES

ANNEXE 1 : LES LIENS POUR ACCEDER AU PROGRAMME REGIONAL DE SANTE (PRS) ET AUX SCHEMAS REGIONAUX D'ORGANISATION

Le Programme Régional de Santé (PRS) :

http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Projet_regional_de_sante/Docs_officiels/2012-01-30_ARS_DG_Projet_regional_de_sante_arspaca.pdf

Le Schéma régional d'Organisation des soins (SROS)

http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Projet_regional_de_sante/Schemas/SROS/revision_sros_prs_022013/Revision_SROS_Paca_2012-2016_arspaca_27122013.pdf

Le schéma régional de prévention (volet Prévention Promotion de la santé et santé environnementale) :

http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Projet_regional_de_sante/Docs_officiels/2012-01-30_ARS_DG_prs_schema_regional_prevention_volet_prevention_promotion_sante_environnementale_arspaca.pdf

Le Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale (SROMS) :

http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Projet_regional_de_sante/Docs_officiels/2012-01-30_ARS_DG_prs_schema_regional_organisation_medico_sociale_arspaca.pdf

Le Programme Régional d'Accompagnement du Handicap et de la Perte d'Autonomie (PRIAC) :

http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Projet_regional_de_sante/Docs_officiels/PRIAC_MAJ_SEPT_2012.pdf

17

ANNEXE 2 : LES DIFFERENTES PRODUCTIONS DU DIAGNOSTIC SANTE

Note d'Etape A (Mai 2014) : Etat des lieux de l'offre et des besoins de santé de la population de Briançon et du Pays du Grand Briançonnais - Indicateurs chiffrés ;

Note d'Etape B (Mai 2014) : Synthèse des entretiens réalisés auprès des professionnels de Briançon ;

Note d'Etape C (Mai 2014) : Mise en perspective des caractéristiques particulières du territoire ;

Note d'Etape D (Mai 2014) : Synthèse du diagnostic – Document d'aide à la priorisation des problématiques.

Ces différentes productions sont consultables en ligne à l'adresse suivante :

http://ville-briancon.fr/contrat_local_de_sante.html

ANNEXE 3 : PRESENTATION DES AXES STRATEGIQUES

FICHE AXE 1 : PRENDRE EN COMPTE LA SAISONNALITE EN MATIERE D'ACCES AUX DROITS, AUX SOINS ET A LA PREVENTION

LES POLITIQUES PUBLIQUES

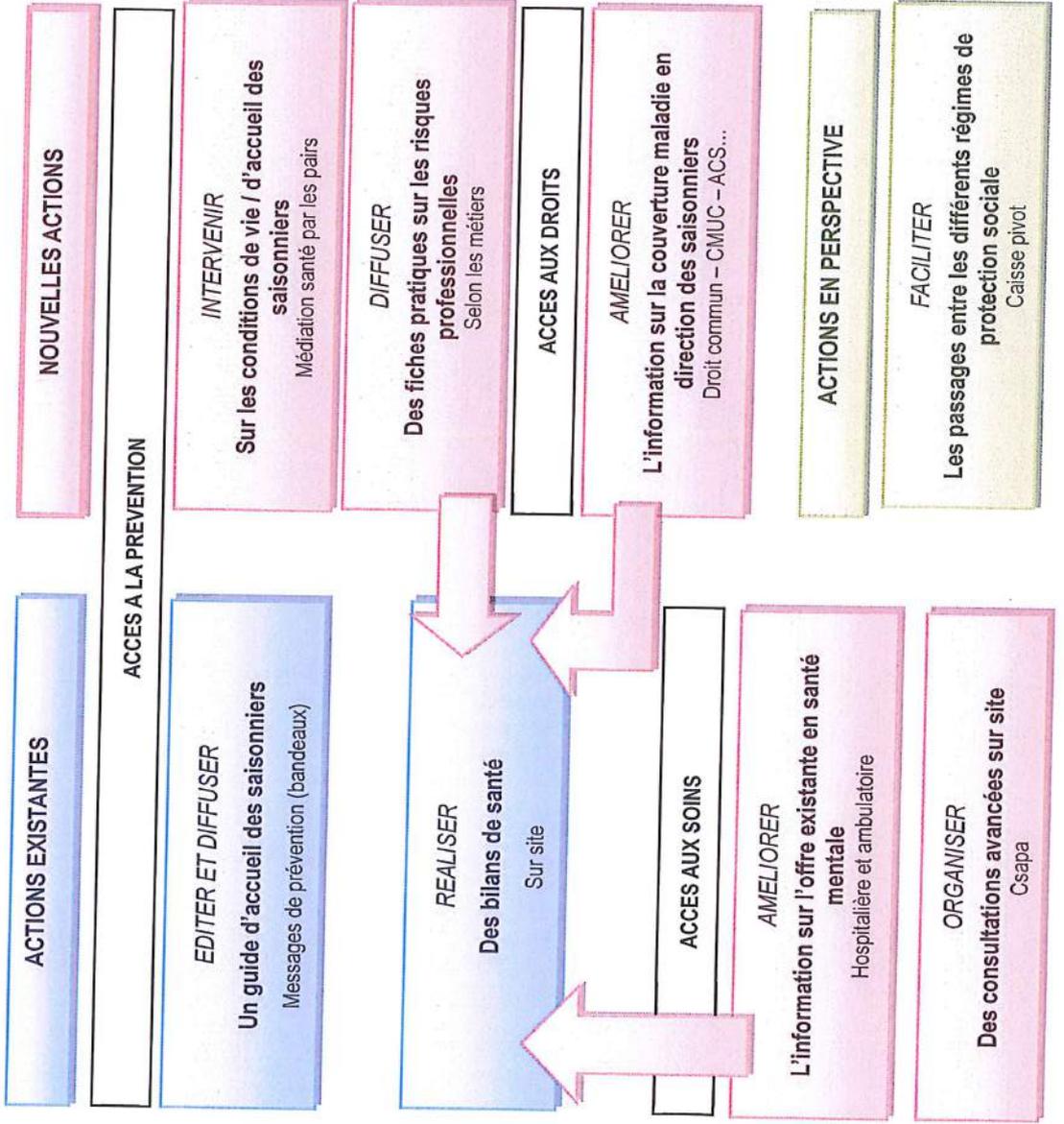
Cadres nationaux : Plan « Santé au travail »
Cadres départementaux et régionaux : ARS : Programme d'actions sur les droits des usagers (promouvoir la connaissance des droits des usagers) ; PRAPS (favoriser l'accessibilité à l'effectivité des droits et à l'offre de soins) ; Schéma d'organisation de la prévention ; SROS ambulatoire (renforcer l'accès géographique aux soins) - Conseil régional Paca : Plan d'accompagnement des saisonniers du tourisme (axe 7 : soutenir la prévention et agir pour la santé des saisonniers)
Cadres locaux : Contrat de retour à l'équilibre financier du CHEB - Ville : Ville Santé OMS, Ville active PNNS - Communauté de communes du Briançonnais : compétence gestion Maison des saisonniers, logement des saisonniers

LE DIAGNOSTIC

Le tourisme structure l'activité économique autour du sport et de la montagne, ce qui engendre la présence d'une population importante de touristes et de personnes occupant des emplois saisonniers sur deux périodes (estivales et hivernales). Les saisonniers (et plus particulièrement ceux qu'on appelle les « mobiles » ou « météores » présents sur le Briançonnais qu'en saisons touristiques) sont confrontés à de nombreux problèmes d'accès aux droits, aux soins et à la prévention :

- Des problématiques d'accès aux droits pour les saisonniers dépendant de plusieurs caisses et ne bénéficiant pas d'une complémentaire santé ;
- Des problématiques d'accès aux soins de premier recours (difficulté à trouver un médecin traitant)
- Une médecine du travail absente (dérogation supprimant la visite médicale de la médecine du travail pour les saisonniers travaillant moins de 45 jours, ainsi qu'une dérogation remplaçant cette visite par des informations collectives de prévention en entreprise)
- Des problématiques de santé résultant de comportements à risque, des conditions de vie et de travail : les conduites à risque sont jugées fréquentes parmi la population des saisonniers. Les conditions de vie et de précarité posent des problèmes d'hygiène de vie (alimentation, logement), certains saisonniers logeant dans des camionnettes. Les conditions de travail sont à l'origine de problèmes de sommeil et de surmenage. La souffrance psychique et le mal-être sont fréquents.
- Des difficultés pour mobiliser ces saisonniers sur des actions de prévention.

Enfin, il est important de prendre en compte les variations saisonnières de la population dans l'adaptation du système de santé, et plus particulièrement de l'offre de soin de premier recours et sur la continuité des soins.



LES LEVIERS D'ACTION

- Principaux acteurs institutionnels :**
- Ville de Briançon : Pôle Sport et Santé
 - Communauté de commune du Briançonnais : Pôle Services à la Population
 - DT ARS : service animation territoriale et service offre de soins CPAM 05
 - Conseil régional
 - Conseil général
 - DDTEFP

Principaux opérateurs :

- Maison des saisonnalités
- Mutualité française
- MSA
- Centre Hospitalier des Escartons de Briançon (CHEB) - Pôle psychiatrique et pôle santé publique (CDAG, CIDDIST, vaccination, GLAT)
- Fondation Seltzer - CSAPA Nord 05
- GEST 05
- service de planification et service social du Conseil général
- Les mutuelles
- Compagnie des Alpes
- Professionnels de santé libéraux (médecins, kinés, dentistes, dermatologues...)

Dynamiques existantes :

- Dynamique déjà existantes autour des bilans de santé portés par la Mutualité française, et mobilisant de nombreux acteurs
- De nombreuses initiatives portées par la Maison des saisonnalités

FICHE AXE 2 : PRENDRE EN COMPTE LA DIMENSION TRANSFRONTALIERE EN MATIERE D'ACCES AUX SOINS

LES POLITIQUES PUBLIQUES

Cadres nationaux et européens : INTERREG - Programme transfrontalier ALCOTRA - Programme européen LEADER - Plans Intégrés Transfrontaliers (PIT) - FEDER (fonds européen de développement régional) - Zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers" (ZOAST)
 Cadres départementaux et régionaux : ARS : Schéma régional d'organisation des soins
 Cadres locaux : Contrat de retour à l'équilibre financier du CHEB - Ville : Ville Santé OMS, Ville active PNNS - Communauté de commune du Briançonnais : compétence coopération transfrontalière

LE DIAGNOSTIC

Briançonnais et vallée de Suse : une identité culturelle commune et une unité territoriale qui dépassent les frontières : le Grand briançonnais est situé à la frontière avec l'Italie, à environ 110 km de Turin, et donc relativement proche du grand bassin économique turinois. Ce territoire a des identités communes et une histoire ancienne au-delà des frontières. Cet espace transfrontalier (Briançonnais et Queyras d'un côté et vallées de Suse et de Pignerol de l'autre) est le théâtre d'échanges et de flux de différentes natures, et des coopérations transfrontalières existent d'ores et déjà (environnement, culture, agriculture...)

En matière de santé, cette proximité géographique joue aussi, et se traduit essentiellement par l'utilisation de l'offre de soins du Briançonnais par les Italiens compte tenu de la dégradation de l'offre de soins hospitalière italienne de la vallée de Suse. Compte tenu de ce contexte, une coopération transfrontalière en matière sanitaire semble être pertinente, avec deux objectifs centraux :

- L'amélioration des prises en charge hospitalière des italiens :**
- organisation de l'accueil des patients italiens et de leur famille (langue, hébergement...),
 - protocole d'entente transfrontalier formalisé en ce qui concerne les transports sanitaires,
 - prise en charge des séjours SSR en admission directe (sans passage par l'hôpital) des italiens...

Le maintien d'une offre de soins en adéquation avec les besoins du territoire franco-italien :

- formalisation de collaborations franco-italiennes afin de répondre aux déficits de l'offre hospitalière et libérale spécialisée de part et d'autre de la frontière,
- recrutement de médecins hospitaliers prenant en compte l'aspect transfrontalier en le transformant en atout, avec, par exemple, l'accueil d'internes italiens sur l'hôpital de Briançon.

NOUVELLES ACTIONS

CONSTITUER ET ANIMER

Un groupe de travail franco-italien

TRAVAILLER

Sur les facteurs préalables à la coopération
Aspects financiers - Aspects juridiques - Soutien politico-institutionnel - ...

REALISER

Une étude préalable de situation (France - Italie), d'opportunité et de faisabilité d'une coopération transfrontalière

Situation sanitaire (besoin et offre)

Impact économique y compris en terme d'accueil et d'hébergement

Définition des points de coopération possibles

ETRE ACCOMPAGNE

Sur ces deux actions

Mission opérationnelle transfrontalière

(MOT)

Observatoire de la santé franco-belge

ACTIONS EN PERSPECTIVE

ELABORER

Un projet sanitaire transfrontalier

Définition des accords pour une offre de santé transfrontalière en adéquation avec l'espace transfrontalier

LES LEVIERS D'ACTION

Principaux acteurs institutionnels :

- Ville de Briançon : Pôle Sport et Santé
- Communauté de commune du Briançonnais : Pôle Développement Economique Aménagement du Territoire
- DT ARS 05 (Délégué, service offre de soins, médecin inspecteur et service animation territoriale)
- CPAM
- Direzione generale della programmazione sanitaria (Italie)
- Mattoni SSN internazionale (Italie)
- Division régionale de la santé (Italie)

Principaux opérateurs :

- Centre Hospitalier des Escartons de Briançon (CHEB)
- Fondation Edith Seltzer
- Centres médicaux SSR
- Représentants des professionnels de santé libéraux
- Centres hospitaliers de Suse et Rivoli (Italie)

Dynamiques existantes :

- Dossier très mobilisateur au niveau du CHEB et de la communauté briançonnaise
- Contacts déjà établis avec les acteurs italiens
- Démarche menée en lien avec le CREF du CHEB