

PROCOLE D'ACCORD EN VUE DE L'ELABORATION D'UN
CONTRAT LOCAL DE SANTE

Ce protocole d'accord est signé entre :

L'Agence Régionale de Santé (ARS) Provence-Alpes-Côte d'Azur

132 boulevard de Paris

13003 Marseille

Représentée par son Directeur général, Monsieur Paul CASTEL

La ville de Grasse

Hôtel de Ville,

Place du Petit Puy, 06130

Représentée par le Sénateur - Maire, Monsieur Jean-Pierre LELEUX



SOMMAIRE

Sommaire	2
PREAMBULE	3
CONTEXTE LOCAL	3
RAPPEL DES TEXTES	4
Une disposition d'ordre général :.....	4
Une disposition particulière relative à la politique de la ville :.....	4
ARTICLE 1 : OBJECTIFS	5
ARTICLE 2 : DEMARCHE RETENUE	5
Positionnement de l'Atelier santé Ville (ASV).....	6
ARTICLE 3 : Les axes generaux strategiques	6
3.1. Axe stratégique général n° 1: Developper dès le plus jeune age, une logique de prevention associant parents et professionnels intervenants autour de l'enfant.....	6
3.1.1 Constats – diagnostic – état des lieux	6
3.1.2. Objectifs stratégiques partages, conformes au Schéma Régional de Prévention.....	7
3.1.3 Objectifs opérationnels dans le cadre du présent CLS.....	7
3.2. Axe stratégique général n° 2: améliorer la prevention et la prise en charge de la souffrance psychique	8
3.2.1 Constats – diagnostic – état des lieux	8
3.2.2. Objectifs stratégiques partages, conformes au Schéma Régional de Prévention.....	9
3.2.3 Objectifs opérationnels dans le cadre du présent CLS.....	9
3.3. Axe stratégique général n° 3: Améliorer l'accès aux droits et aux soins	9
3.3.1 Constats – diagnostic – état des lieux	9
3.3.2. Objectifs stratégiques partages, conformes au Schéma Régional de Prévention.....	11
3.2.3 Objectifs opérationnels dans le cadre du présent CLS.....	11
ARTICLE 4 : ZONES GEOGRAPHIQUES	11
ARTICLE 5 : GOUVERNANCE, PARTENARIAT ET MISE EN ŒUVRE.....	13
5.1. La gouvernance / Le comité de pilotage	13
5.2. La démocratie sanitaire	14
ARTICLE 6 : CALENDRIER PREVISIONNEL	14



PREAMBULE

Depuis plus de 12 ans, la Ville de Grasse s'est engagée, en dehors de son champ de compétences obligatoires, et en partenariat étroit avec l'Agence Régionale de Santé dans la mise en œuvre d'une politique de santé publique active.

CONTEXTE LOCAL

La Ville de Grasse, située à 18 km de la mer et aux pieds de contreforts montagneux, s'inscrit dans un relief de collines, en position intermédiaire entre le Haut Pays Grassois et le littoral.

Elle a pour particularité son importante tradition industrielle et artisanale liée à la parfumerie et aux fleurs.

La Ville est très étendue (4 444 hectares), et structurée autour d'un centre historique « un peu excentré et dominant », de quartiers (les fleurs de Grasse, Saint-Claude, Saint-Antoine, Saint Mathieu, Saint Jean, Saint Antoine, Marigarde, etc.) et de hameaux : Magagnosc, Plascassier, le Plan de Grasse, Saint-Jacques, Saint-François.

Il existe de fortes disparités entre les différents quartiers et hameaux (typologie et densité de population, d'habitat...).

Le centre-ville historique, objet d'un projet de Renouveau Urbain et inclus dans le territoire prioritaire CUCS de niveau 1, est composé d'un patrimoine privé ancien, parfois dégradé. Il a peu à peu perdu sa population d'origine, au profit de l'accueil d'une population étrangère au quartier et à la commune, majoritairement à revenu modeste.

Pour les années à venir, une période de grands projets structurants avec de profondes transformations de l'espace urbain et du cadre de vie s'ouvre pour la ville de Grasse : projet de Rénovation Urbaine (PRU) sur le centre-historique et le quartier de la gare Pôle multimodal autour de la gare SNCF, porté par Pôle Azur Provence ; Projet de TCSP (Transport en Commun en Site Propre), ou funiculaire : pour relier la gare au centre-ville

La politique d'habitat dynamique et incitative exercée dans le cadre de la compétence Intercommunale a fait de Grasse une exception, puisque 14 % des résidences principales sont composées de HLM soit davantage que la moyenne PACA (11,4 %).

Un engagement en faveur d'une politique de santé publique active

L'Atelier Santé Ville et la Plateforme Gérontologique Grassoise respectivement initiés en 2002 et 2003 ont été largement précurseurs en la matière et font figure d'exemplarité sur le territoire.

Ils s'appuient sur un partenariat étroit ville/hôpital/professionnels libéraux de santé, décliné à travers une action médico sociale de prise en charge des personnes âgées, des actions de prévention et de développement de réseau sur différentes thématiques : santé mentale, nutrition, manifestation Cap Santé Grasse, action Cap Santé Nutrition...

Fort de ce savoir faire, la politique santé mise en œuvre se double désormais de la volonté de prendre en compte, à travers la création d'une maison santé pluri professionnelle, les enjeux et préoccupations majeurs concernant la baisse annoncée de la démographie médicale et les problématiques d'offre de soins (pointés à diverses reprises à l'occasion du diagnostic du Plan Local de Santé Publique et de la consultation Grasse 2020). Ces problématiques ont par ailleurs été confirmées par l'étude de faisabilité réalisée pour les projets de Maison de Santé Pluri Professionnelle de Grasse et de Plateforme de Santé Grasse Pays Grassois : volet analyse socio démographique du territoire effectué avec l'appui du CRES et de l'ORS, volet audit des professionnels de santé libéraux avec l'appui de l'ORU.

Dans la logique de cette démarche de développement en santé publique, il apparaît opportun désormais, d'inscrire la Ville de Grasse dans la dynamique des Contrats Locaux de Santé, formalisant et renforçant ainsi le partenariat Ville/ARS en faveur d'actions prioritaires destinées à lutter contre les Inégalités territoriales et Sociales de Santé (ISS).

L'ARS et la Ville de Grasse s'engagent conjointement par la signature de ce protocole à élaborer un CLS.

RAPPEL DES TEXTES

Le contrat local de santé est une mesure innovante inscrite dans la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires :

UNE DISPOSITION D'ORDRE GENERAL :

- «Le projet régional de santé est constitué d'un certain nombre de documents dont : (...) Des programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine. La programmation prend 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 du code de la santé publique.

Le plan stratégique régional de santé (PSRS) prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion. » (Art. L. 1434 2 du code de la santé publique)

- « La mise en œuvre du projet régional de santé (PRS) 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 code de la santé publique)

UNE DISPOSITION PARTICULIERE RELATIVE A LA POLITIQUE DE LA VILLE :

- « L'agence est associée à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes d'action prévus par l'article 1er de la loi n° 2003-710 du 1er août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, dans le domaine de la santé ». (Art. L.1435-1 du code de la santé publique)

ARTICLE 1 : OBJECTIFS

Le contrat local de santé 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 (problèmes de pollution spécifiques, enclavement en matière de transport, etc.) ;
- l'accès des personnes, notamment démunies, aux soins, aux services, et à la prévention ;
- la promotion et le respect des droits des usagers du système de santé.

A travers le contrat, les différentes parties prenantes s'engagent sur des objectifs partagés, des actions à mettre en œuvre, des moyens à mettre à disposition, un suivi et une évaluation des résultats.

Le contrat local de santé renforce la qualité de la mise en œuvre de la politique de santé au niveau local dans le respect des objectifs inscrits dans le projet régional de santé (PRS) en assurant à ce niveau la coordination des financeurs et des politiques impactant la santé mais aussi des acteurs.

Il s'appuie sur les initiatives de démocratie sanitaire, à la fois institutionnelles (conférence de territoire, CRSA) et locales (réunions publiques, débats, enquêtes, etc.).

Le contrat local de santé de Grasse participe à la réduction des Inégalités territoriales et Sociales de Santé et porte sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins, l'accompagnement médico-social mais également sur les déterminants de la santé (habitat, environnement physique, environnement professionnel, environnement social, etc.).

Il concerne l'ensemble de la ville, avec une attention spécifique sur les territoires particulièrement vulnérables.

Il constitue un outil de contractualisation transverse qui a pour objectif de répondre aux enjeux de santé globaux sur un territoire donné.

Ce contrat permet l'articulation des différentes composantes du nouveau système de santé régional :

- Promotion et prévention de la santé dont problématiques de santé-environnement,
- Soins ambulatoires et hospitaliers,
- Accompagnement médico-social,
- Au besoin, veille et sécurité sanitaire.

Il ne sera mis en place que sous réserve de la mobilisation par l'ARS de crédits permettant de financer les actions portées par le CLS.

ARTICLE 2 : DEMARCHE RETENUE

Le présent document constitue un engagement d'intentions des parties signataires quant à la démarche projet retenue en vue d'aboutir in fine à la signature du Contrat local de santé.

Il présente

D'une part, les axes généraux stratégiques retenus pour le présent CLS, identifiés et objectivés à partir des différents diagnostics et études déjà mis en œuvre (PLSP, étude de faisabilité pour la création d'une MSP sur Grasse) et de l'expertise croisée du territoire (ARS/Ville de Grasse/professionnels et acteurs locaux), à savoir :

- Développer, dès le plus jeune âge, une logique de prévention, associant parents et professionnels intervenant autour de l'enfant
- Améliorer la prévention et la prise en charge de la souffrance psychique
- Améliorer l'accès aux droits et aux soins

D'autre part, la description des zones géographiques vulnérables, correspondant aux périmètres CUCS et intégrées au périmètre du CLS.

Par ailleurs, pour chaque axe stratégique retenu, il reprend une synthèse :

- des constats ayant conduit à prioriser cette thématique
- des objectifs du PRS et du programme territorial de santé (PTS) départemental dans lequel il s'inscrit
- des objectifs opérationnels visés et poursuivis dans le cadre de la mise en œuvre du CLS

POSITIONNEMENT DE L'ATELIER SANTE VILLE (ASV)

Actuellement, l'Atelier Santé Ville (A.S.V.) intervient sur l'ensemble de la commune de Grasse, incluant les quartiers inscrits en Contrat Urbain de Cohésion Sociale.

Dès la signature de ce protocole, sous réserve de l'accord de l'AcSé, co-financeur du poste de coordonnateur, et ensuite dans le cadre du CLS, l'ASV et sa programmation d'actions seront intégrés comme volet du CLS portant sur le territoire élargi de Grasse.

ARTICLE 3 : LES AXES GENERAUX STRATEGIQUES

3.1. AXE STRATEGIQUE GENERAL N° 1: DEVELOPPER DES LE PLUS JEUNE AGE, UNE LOGIQUE DE PREVENTION ASSOCIANT PARENTS ET PROFESSIONNELS INTERVENANT AUTOUR DE L'ENFANT.

Cette logique globale de prévention sera mise en place, dans un premier temps, pour ce qui concerne les questions nutrition et de promotion de l'activité physique. Elle pourra être transférée dans un second temps à d'autres problématiques identifiées par les acteurs locaux telles que par exemple la prévention des conduites addictives. Des objectifs opérationnels spécifiques pourront dans ce cas être déclinés.

3.1.1 CONSTATS – DIAGNOSTIC – ETAT DES LIEUX

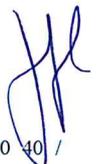
Dans une logique de santé publique et de santé au sens de l'Organisation Mondiale de la Santé, il est indispensable d'agir de façon transverse, en associant tous les champs de la vie sociale, mais également en mobilisant l'environnement.

Ainsi, il convient de ne pas mener des actions de prévention de manière isolée, mais de construire une dynamique s'adressant concomitamment aux enfants, à leurs parents, et aux acteurs professionnels qui interviennent auprès d'eux (acteurs sanitaires, sociaux...)

En ce qui concerne la thématique de la nutrition et de l'activité physique, le surpoids est plus fréquent dans les territoires socialement vulnérables.

Dès 2002, dans le cadre de l'ASV, la Ville de Grasse s'est impliquée dans le développement d'actions de prévention selon le concept PNNS du « bien manger, bien bouger » (relai de l'action Fraich Attitude, nombreux stands thématiques nutrition/activité physique dans le cadre de la manifestation Cap Santé, adhésion au réseau Villes Actives PNNS)

Depuis 2009, elle mène l'action Cap Santé Nutrition, impulsée à la demande de la Direction Générale de la Santé.




Cette action qui associe Education Nationale/ professionnels de santé libéraux/Centre Hospitalier/ partenaires privés –associatifs – restauration collective/services ville, se décline en 5 axes :

- 1) Relevé IMC des élèves sur 5 Niveaux de classes
- 2) Mise en place d'une Plateforme de Prise en charge
- 3) Mise en place d'actions de prévention à destination des jeunes, et de formation à destination des personnes intervenant autour de l'enfant (familles, enseignants, personnels de l'éducation nationale)
- 4) Communication à destination de parents
- 5) Promotion de l'activité physique

Elle a permis : de fédérer les acteurs autour d'un dispositif et protocole de repérage et d'orientation des enfants en surpoids ou en situation d'obésité, de disposer depuis 2009 d'un recueil de l'IMC des élèves de l'ensemble des établissements de la commune sur 5 tranches d'âge, de décliner une offre de formation à destination des enfants et des personnels intervenants auprès d'eux, d'amorcer la création d'une plateforme de prise en charge médecine de ville/médecine scolaire/centre hospitalier.

Les problématiques de la lutte contre le surpoids et de l'obésité et du renforcement des compétences favorables à la santé en matière de nutrition et d'activité physique restent une priorité de l'ARS, et rendent opportun la continuité et le développement de l'action menée dans le cadre de Cap Santé Nutrition

3.1.2. OBJECTIFS STRATEGIQUES PARTAGES, CONFORMES AU SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION

- promouvoir des comportements favorables à la santé, une alimentation équilibrée et la pratique d'activités physiques régulières (programme Population générale)
- réduire les effets négatifs des inégalités socio-économiques sur la santé des enfants 0-6 ans en développant les compétences parentales capables de garantir une alimentation équilibrée et une activité physique adaptée pendant la petite enfance et en renforçant le lien d'attachement parents-enfants (programme Femmes enceintes, parents, petite enfance)
- promouvoir des facteurs de protection et de connaissance en santé par des actions d'éducation à la santé (notamment sur l'activité physique, la nutrition) (programme Enfants, ados, jeunes)
- soutenir la fonction parentale pour favoriser, maintenir ou améliorer les liens parents/enfants/institutions.

3.1.3 OBJECTIFS OPERATIONNELS DANS LE CADRE DU PRESENT CLS

- Poursuivre et affiner le relevé IMC des élèves en lien avec le Rectorat de Nice pour disposer d'un état des lieux objectivant les problématiques en matière de surpoids et d'obésité du territoire.
- Doter le territoire d'un dispositif partagé d'accompagnement et de prise en charge des jeunes en situation de surpoids ou d'obésité avec la médecine de ville, le Centre Hospitalier de Grasse et la médecine scolaire.
- Dynamiser l'offre de formation :
 - en direction des professionnels de santé (sanitaires et sociaux), libéraux ou institutionnels (éducation nationale, hospitaliers)
 - des professionnels intervenant autour de l'enfant

- Renforcer et mettre en cohérence les actions d'information, de prévention et d'éducation thérapeutique en direction des enfants et familles, en visant le développement des compétences et aptitudes psycho sociales.
- Développer la réflexion avec les services ville (urbanisme, sport, éducation, jeunesse...) afin de promouvoir des actions transversales et de renforcer l'appropriation de la démarche santé au sein de leur projet de service et des actions qui en découlent.

3.2. AXE STRATEGIQUE GENERAL N° 2: AMELIORER LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

3.2.1 CONSTATS – DIAGNOSTIC – ETAT DES LIEUX

Dans le cadre de l'ASV a été initié dès 2003, le Réseau Souffrance Psychique Exclusion visant à améliorer par une dynamique de réseau, la prise en charge sanitaire et sociale et la situation des adultes en souffrance psychique sur la commune.

Cette orientation a été retenue dès la mise en œuvre de l'ASV à partir des constats de plusieurs professionnels et acteurs locaux quant aux difficultés de prise en charge des publics souffrant de troubles psychiques.

L'ASV et le comité technique composé de représentants de partenaires institutionnels (Centre Hospitalier de Grasse service de psychiatrie et service social, Mission Locale, association de prévention spécialisée, associations caritatives, CCAS) pilotes du réseau ont fait émerger puis co-construit avec les Centres Hospitaliers de Grasse puis de Cannes, le projet d'équipe mobile de psychiatrie Précarité Grasse Cannes, actuellement en activité.

Ce dispositif a permis de renforcer l'offre locale en matière de repérage, d'accompagnement des publics en situation de souffrance psychique, et d'apporter aux acteurs locaux un appui technique et expert sur l'analyse des situations.

Par ailleurs, le réseau a développé différents dispositifs de soutien et d'aide à la prise en charge : temps de formation, séances pluri disciplinaires d'études de situations difficiles, commission liens et échanges entre les services permettant de décloisonner acteurs et institutions.

Enfin, la dynamique mise en œuvre avec les acteurs locaux a permis de relayer sur la commune la semaine d'information en santé mentale, visant à dé-stigmatiser les troubles psychiques et communiquer sur les soutiens possibles aux familles et malades. En dépit de ces actions, la problématique de la souffrance et des troubles psychiques reste récurrente, l'OMS estimant à cet égard qu'une personne sur quatre souffrira d'un problème de santé mentale au cours de sa vie (2001). Elle touche l'ensemble des champs de la vie sociale et leurs acteurs et doit faire l'objet d'une prise en compte collective et d'efforts conjugués, tant avec les acteurs intervenant auprès des adultes, qu'avec ceux intervenant auprès des enfants, et des jeunes.




3.2.2. OBJECTIFS STRATEGIQUES PARTAGES, CONFORMES AU SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION ET AU SCHEMA REGIONAL DE L'OFFRE DE SOINS (VOLETS PSYCHIATRIE ET URGENCES)

- objectif spécifique: poursuivre et développer des actions d'information du grand public.
- objectif opérationnel : sensibiliser, communiquer auprès de la population sur la santé mentale

-

3.2.3 OBJECTIFS OPERATIONNELS DANS LE CADRE DU PRESENT CLS

- Mettre en place le Conseil Local de Santé Mentale afin de favoriser le décloisonnement de l'ensemble des acteurs et définir la politique locale et le plan d'action en vue d'améliorer la santé mentale de la population
- Objectiver la problématique souffrance psychique de la population grasseoise par un diagnostic santé publique
- Améliorer l'accès et la continuité des soins notamment par la gestion appropriée des situations de crise
- Promouvoir la santé mentale et lutter contre les stigmatisations
- Agir en amont, avec la mise en œuvre d'actions de prévention des conduites addictives, et en faveur du développement des compétences psychosociales. Développer le partenariat avec les acteurs de l'habitat pour favoriser l'accès et le maintien dans les lieux des populations en situation de souffrance psychique
- Faire connaître auprès du grand public, le dispositif de prise en charge de la santé mentale

3.3. AXE STRATEGIQUE GENERAL N° 3: AMELIORER L'ACCES AUX DROITS ET AUX SOINS

3.3.1 CONSTATS – DIAGNOSTIC – ETAT DES LIEUX

La lutte contre les Inégalités Sociales et Territoriales en Santé est l'axe central des Contrats Locaux de Santé et du Projet Régional de Santé notamment à travers le PRAPS (Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies). Elle passe à la fois à travers une action directe de renforcement de l'offre de soins et à travers une action indirecte de soutien aux mesures d'accompagnement à l'accès : accompagnement administratif, social, médico-social médiation..., et de coordination des acteurs

L'ARS s'attache également à renforcer l'offre de soins ambulatoire, notamment en facilitant l'accès économique et socioculturel aux soins.

Les problèmes d'offre de soins sur la commune de Grasse ont été mis en lumière dès 2011 à travers l'élaboration du diagnostic santé pour la construction du Plan Local de Santé Publique et la consultation publique Grasse 2020. A cette date, sur 50 médecins généralistes grassois, l'URCAM dénombrait 23 médecins âgés de 55 ans ou plus soit près d'un sur deux (46 %). Les professionnels de santé locaux confirment cette évolution démographique de la profession et font état en complément des difficultés qu'ils rencontrent d'ores et déjà pour la vente de leurs cabinets, ou pour les remplacements pour congés. Cet état des lieux a été confirmé par l'audit des professionnels sanitaires de l'hyper centre historique, réalisé par l'ORU dans le cadre de l'étude de faisabilité pour la mise en œuvre de la maison de santé pluri professionnelle.




Par ailleurs, le diagnostic socio sanitaire élaboré dans le cadre de cette même étude en partenariat avec l'ORS et le CRES confirme la sous dotation de la commune par rapport à PACA en matière d'infirmiers libéraux (densité de 126 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants contre 218.7 en Paca), de médecins généralistes libéraux (96.9 contre 122.8), de masseurs kinésithérapeutes et orthophonistes (respectivement 102 pour 100 000 contre 111 en Paca pour les premiers et 25 pour 100 000 contre 29 en Paca pour les seconds). (Sources ARS Paca, Drees, SAE 2008 base administrative (traitement Drass PACA), Drass Paca (soins de longue durée), Finess (extraction au 17/11/2009), Insee RP 2006 ET 2008 – exploitation ORS PACA – ASV et CHG de Grasse – étude faisabilité implantation MSP Grasse - 2013)

28 % des médecins libéraux généralistes grassois exercent en secteur 2, soit plus que dans le département (24 %) et la région (14 %), ce qui est susceptible d'entraîner un refus de soins ou une difficulté d'accès aux soins pour les personnes les plus en difficulté. (Sources ARS Paca, Drees, SAE 2008 base administrative (traitement Drass PACA), Drass Paca (soins de longue durée), Finess (extraction au 17/11/2009), Insee RP 2006 ET 2008 – exploitation ORS PACA – ASV et CHG de Grasse – étude faisabilité implantation MSP Grasse -2013)

Si l'on examine les données sur le quartier CUCS de Grasse Nord, 8 des 21 médecins généralistes exercent en secteur 2 soit 38 % contre 4 sur 26 sur le reste de la ville. (source Améli – exploitation ASV Grasse – étude faisabilité implantation MSP Grasse - 2013)

L'offre de second recours apparaît sur Grasse comme relativement correcte, mais cette réalité recouvre des disparités importantes. D'une part, les médecins spécialistes sont également touchés par le vieillissement, dans le même rapport que la moyenne PACA ou départementale. 52 % d'entre eux ayant 55 ans ou plus. D'autre part, 1 médecin spécialiste sur 2 (50 %) exerce en secteur 1 à Grasse, ce qui là encore est susceptible d'engendrer des difficultés d'accès aux soins pour les personnes les plus démunies : Ce taux est supérieur au taux départemental (45 %). Enfin, si certaines spécialités apparaissent correctement dotées avec : 6 cardiologues, 4 gastro-entérologues, 7 gynécologues obstétriciens, 3 ORL, 4 pédiatres, 2 pneumologues, d'autres apparaissent comme nettement insuffisantes et sous dotées : dermatologie (3), endocrinologie (1), gynécologie (2), ophtalmologie (3), psychiatrie (5). (Sources ARS Paca, Drees, SAE 2008 base administrative (traitement Drass PACA), Drass Paca (soins de longue durée), Finess (extraction au 17/11/2009), Insee RP 2006 ET 2008 – exploitation ORS PACA – ASV et CHG de Grasse – étude faisabilité implantation MSP Grasse 2013)

En ce qui concerne la situation démographique et sociale, Grasse se caractérise par rapport à la région PACA par un taux de chômage plus élevé, une proportion de familles monoparentales équivalente et une population étrangère plus élevée (7.9 % contre 6.3 %). (Sources ARS Paca, Drees, SAE 2008 base administrative (traitement Drass PACA), Drass Paca (soins de longue durée), Finess (extraction au 17/11/2009), Insee RP 2006 ET 2008 – exploitation ORS PACA – ASV et CHG de Grasse – étude faisabilité implantation MSP Grasse - 2013)

Le secteur CUCS 1 identifié pour l'installation de la maison de santé correspond approximativement à 3.15 % de la commune et regroupe 12 % de la population dont au moins 14 % de 0 à 19 ans et 15 % de plus de 65 ans. Dans ce quartier, le nombre d'ouvriers est sur représenté par rapport à l'ensemble de la ville et le nombre de cadres sous représenté. (Exploitation données INSEE – SIG Pôle Azur Provence – ASV Grasse – étude faisabilité implantation MSP Grasse - 2013)

En ce qui concerne l'état de santé de la population grassoise, si la dynamique de prévention est importante et coordonnée, on constate néanmoins une surmortalité par maladies de l'appareil respiratoire (58.9/100000 contre 49.5/100000) (+ 18 % par rapport à Paca). Le % d'assurés du régime général pris en charge à 100 % au titre d'une Affection de Longue Durée (ALD) est inférieur à la moyenne PACA. Le recours à la vaccination antigrippale chez les personnes de plus de 65 ans et au dépistage organisé du cancer du sein est plus faible qu'en PACA ; Le recours aux médecins généralistes et aux infirmiers est plus faible que par rapport à la moyenne PACA : évaluation en pourcentage sur 100 personnes du recours aux professionnels de santé sur une année civile (médecins généralistes : 67.2 pour les hommes et 77.3 pour les femmes contre 72.9 et 80.8 en PACA ; infirmiers libéraux 12.3 pour les hommes et 14.2 pour les femmes contre 16.7 et 20.7 en PACA). (Sources ARS Paca, Drees, SAE 2008 base administrative (traitement Drass PACA), Drass Paca (soins de longue durée), Finess (extraction au 17/11/2009), Insee RP 2006 ET 2008 – exploitation ORS PACA – ASV et CHG de Grasse – étude faisabilité implantation MSP Grasse - 2013).

3.3.2. OBJECTIFS STRATEGIQUES PARTAGES, CONFORMES AU SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION ET AU SCHEMA REGIONAL DE L'OFFRE DE SOINS (VOLET AMBULATOIRE)

- Former et sensibiliser les intervenants: développer les compétences des professionnels
- Favoriser l'accessibilité: favoriser l'accessibilité à l'information
- Favoriser l'accessibilité à l'effectivité des droits et à l'offre de soins: améliorer la prise en charge ambulatoire dans le cadre du parcours de soins
- Développer des actions de prévention et d'éducation à la santé.

3.2.3 OBJECTIFS OPERATIONNELS DANS LE CADRE DU PRESENT CLS

- Implanter, mi 2015, une Maison de Santé Pluri Professionnelle en bordure du centre historique, dispositif favorisant l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé et permettant de renforcer l'offre de soins de premier recours et de secteur 1.
- Améliorer l'accès aux droits en s'appuyant sur des collaborations médico sociales parties prenantes du projet de MSP
- Développer une culture commune pour la prise en charge des publics en situation de précarité et la connaissance des outils et dispositifs légaux et extra légaux d'accès aux droits.
- Poursuivre l'action des médiateurs sociaux et de santé dans le cadre du dispositif politique de la ville, intervenants qui participent à l'accompagnement des publics les plus en difficulté vers l'accès aux soins et aux droits.

ARTICLE 4 : ZONES GEOGRAPHIQUES

Le périmètre du CLS portera sur l'ensemble de la commune de Grasse conformément à la volonté de la Ville de Grasse de ne pas stigmatiser les quartiers déjà les plus en difficulté. Néanmoins, les trois zones géographiques inscrites en Contrat Urbain de Cohésion Sociale que sont le Centre Historique- Gare, Les Fleurs de Grasse et Le Plan qui présentent des publics plus précaires et en conséquence des besoins de santé plus prégnants feront l'objet d'une attention particulière :

Le secteur de Grasse Nord : Le Centre Historique – Gare (territoire classé de niveau 1 comme faisant partie des plus en difficulté)

Le centre historique est un quartier très dégradé du point de vue de son bâti, de sa démographie et de sa composition sociale. Il véhicule une image négative pour beaucoup de grassois qui évitent de le fréquenter et refusent de s'y installer. La baisse du nombre d'habitants (- 23% entre 1990 et 1999) et le taux de vacance de logements de 37 % sont significatifs notamment sur certains îlots du centre historique.




Le quartier de la gare concentre une part importante d'habitat social, et souffre également d'une absence d'identité faute d'équipements structurants et de vie de quartier.

Des améliorations sont en cours notamment à travers le programme de rénovation urbaine et la création du centre social.

Les priorités définies sur ce territoire :

- Accompagner la mise en œuvre du volet social du Projet de Renouvellement Urbain
- Poursuivre la médiation sociale de proximité à travers l'intervention des Adultes-Relais en optimisant la complémentarité des accompagnements proposés

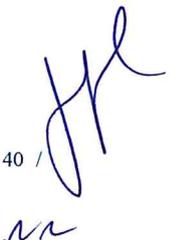
Le secteur de Grasse Sud : Les Fleurs de Grasse et le Plan

Le quartier des Fleurs de Grasse a longtemps souffert d'un isolement géographique et d'une mauvaise image conduisant les habitants de Grasse à l'éviter et donc à en faire un espace de relégation. Le sentiment d'insécurité sur le quartier (incivilités, regroupements massifs, violences physiques et verbales...) conduit à un comportement de repli sur soi des habitants, et au départ non remplacé de certains commerces et services de proximité. La vie sociale de ce quartier est relativement faible. Ce processus induit une désagrégation progressive des liens sociaux. Grâce à l'appui des acteurs associatifs locaux, une association de mères de famille s'est constituée dans le but de restaurer les liens entre les habitants et revaloriser l'image du quartier. Elle participe aux actions menées par les travailleurs sociaux et services de la ville.

Le Plan est notamment composé de deux ensembles d'habitat social (Virgile Barel et Joseph Delorme) de taille importante en rapport avec l'envergure du hameau et qui ont donc une influence majeure dans la vie du quartier. A noter également la présence d'un quartier Tzigane à proximité de ces ensembles. Une étude réalisée en 2005 par la CAF sur ces ensembles a mis en lumière l'extrême fragilité sociale des résidents pourtant souvent en situation de travail. Toutefois, la Ville et ses partenaires associatifs contribuent activement à l'émergence d'outils favorisant la mixité sociale et intergénérationnelle (projet de structure de proximité) et l'insertion professionnelle (régie de quartier) afin de ne pas laisser se creuser une dualité trop importante dans la vie du hameau.

Les priorités définies sur ces territoires

- **Les Fleurs de Grasse :** Revaloriser l'image du quartier en tirant parti de son positionnement géographique central, en consolidant la présence des services de proximité et en sécurisant les espaces publics
- **Le Plan de Grasse:** Développer des animations concourant à renforcer les liens sociaux et la mixité sociale et culturelle au sein du quartier et restaurer une identité positive des ensembles d'habitat social



ARTICLE 5 : GOUVERNANCE, PARTENARIAT ET MISE EN ŒUVRE

L'organisation retenue pour la poursuite de l'élaboration du présent contrat est la suivante :

5.1. LA GOUVERNANCE / LE COMITE DE PILOTAGE

Les signataires du présent protocole s'engagent à mettre en œuvre et à suivre ce protocole dont l'objectif est l'élaboration du contrat local de santé qui en découlera.

Pour ce faire, un comité de pilotage devra être constitué pour la validation et le suivi du contrat local.

Il conviendra également de définir le cas échéant un comité de pilotage (COFIL) restreint, l'équipe opérationnelle avec des groupes techniques. Ces derniers constitués à l'initiative conjointe des signataires, associeront l'ensemble des acteurs de terrain présentant une fonction d'expertise sur un sujet déterminé pour chacun des axes, actions ou thèmes jugés utiles.

Les signataires du CLS :

Pour l'ARS PACA, le DGARS ou son représentant

Pour la Ville de Grasse, le Maire ou son représentant

Les partenaires institutionnels pressentis du CLS :

Pour la Direction Départementale de la Cohésion Sociale, le Directeur ou son représentant

Pour la Direction des Services départementaux de l'Education Nationale, le Directeur Académique ou son représentant

Pour le Conseil Régional, le Président ou son représentant

Pour le Conseil Général, le Président ou son représentant

Pour le Centre Hospitalier de Grasse, le Directeur, ou son représentant

Pour le secteur libéral, le représentant de l'URPS

Représentants du secteur associatif

Représentants des usagers de la santé

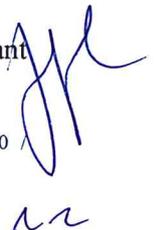
Les différents services de la ville concernés par la démarche transversale de santé

Tout organisme expert en tant que de besoin.

Les partenaires institutionnels pressentis du CLS seront sollicités quant à leur participation effective dans la phase de rédaction du CLS

Les missions du COFIL :

- Il assure la maîtrise d'ouvrage pour la mise œuvre du CLS et son actualisation
- Il fixe les objectifs, les moyens humains et financiers, le planning de mise en œuvre du CLS ;
- Il contrôle périodiquement l'avancée du contrat et décide des ajustements éventuellement nécessaires ;
- Il décide des modalités de communication sur le CLS, en interne et en externe, afin de favoriser son appropriation ;
- Il détermine les modalités d'évaluation ;
- Il porte les priorités du CLS dans les schémas et les programmes des signataires ;
- Il saisit, au besoin, les acteurs institutionnels non signataires du CLS de priorités relevant de leurs compétences, afin de faciliter la mise en œuvre opérationnelle du CLS.



5.2. LA DEMOCRATIE SANITAIRE

La loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a consacré le terme de « démocratie sanitaire » en le définissant comme « la participation conjointe des professionnels, usagers et élus à la définition d'une politique de santé publique afin d'améliorer le fonctionnement et l'efficacité du système de santé ». La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires vise à la mettre en mouvement au sein des régions et des territoires.

La démocratie sanitaire, enjeu majeur de l'ARS, est une démarche qui vise donc à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation. Elle s'inscrit dans la relation permanente avec les usagers de santé (associations de patients, de personnes âgées, de personnes handicapées), les collectivités territoriales et les professionnels de santé.

C'est à ce titre que la conférence de Territoire des Alpes Maritimes, outil départemental de la démocratie sanitaire sur le territoire de santé des Alpes Maritimes sera appelée à donner son avis sur ce Contrat Local de Santé conformément à l'article R 1434-7 du code de la santé publique.

La mise en œuvre de la démocratie sanitaire dans le contrat local sera explicitée chaque fois que cela sera nécessaire et possible.

ARTICLE 6 : CALENDRIER PREVISIONNEL

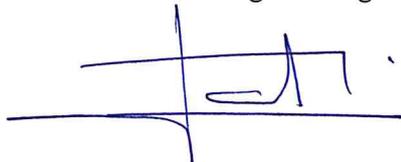
Objectif de signature du CLS : Au plus tard, juin 2014

Présentation pour avis du Contrat Local de Santé à la Conférence de territoire des Alpes Maritimes

Présentation éventuelle devant d'autres instances : le Conseil Municipal de la Ville de Grasse

A Grasse, le 14 Février 2014

Le Directeur de l'Agence Régionale de Santé PACA



Paul CASTEL

Le Sénateur-Maire de Grasse



Jean-Pierre LELEUX