

CONTRAT LOCAL DE SANTÉ N°2

VERS UNE APPROPRIATION ET UN ANCRAGE
DES PRATIQUES DE SANTÉ
AUPRÈS DES ACTEURS DU TERRITOIRE

Berry St-Amandois

Mars 2020

Entre :

- La Préfecture,
- L'ARS Centre-Val de Loire,
- Le Conseil Régional,
- Le Pays Berry St-Amandois
- Le Conseil Départemental,
- La Ville de St-Amand-Montrond,
- La DDCSPP,
- L'Éducation Nationale
- Le Centre Hospitalier de St-Amand-Montrond,
- Le Centre Hospitalier spécialisé George Sand,
- La Clinique des Grainetières,
- La CPAM,
- La MSA,
- L'URAF Centre Val de Loire.



SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	2
PRÉAMBULE	3
PORTAGE DU CLS PAR LE SYNDICAT MIXTE DE PAYS BERRY SAINT-AMANDOIS : CONTEXTE ET HISTORIQUE	4
1.1 LA STRATEGIE DE DEVELOPPEMENT DURABLE DU SYNDICAT MIXTE DU PAYS BERRY SAINT-AMANDOIS.....	4
1.2 LE PREMIER CONTRAT LOCAL DE SANTE (2016 / 2019)	6
1.3 L'EVALUATION DU CLS 1	6
1.3.1 méthode d'évaluation.....	6
1.3.2 résultats de l'évaluation.....	7
LE CONTRAT LOCAL DE SANTE 2020 / 2023.....	8
ARTICLE 1 : PERIMETRE	9
ARTICLE 2 : GOUVERNANCE	9
article 2.1 - mission de l'animatrice territoriale de santé.....	9
article 2.2 - attendus des signataires du contrat local de santé	9
article 2.3 - attendus des commissions de travail.....	10
ARTICLE 3 : LES PERSPECTIVES DU CLS 2 : DÉCLINAISON EN 4 AXES	11
axe 1 : favoriser l'accès aux soins à travers l'offre du territoire.....	13
axe 2 : favoriser la prévention et promotion de la santé	15
axe 3 : agir précocement auprès des publics vulnérables	18
axe 4 - animer la gouvernance du dispositif	21
ARTICLE 4 : DURÉE ET REVISION DU CONTRAT.....	22
article 4.1 : durée du contrat	22
article 4.2 : révision du contrat	22
article 4.3 : suivi et évaluation du contrat	22
SIGNATURE DES MEMBRES DU COPIL	24
ANNEXES : les structures et membres pressentis pour composer les commissions de travail.....	25

PRÉAMBULE

Le contrat local de santé (CLS) est un outil de contractualisation de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009 défini entre l'ARS et les collectivités qui permet :

- De répondre au besoin de transversalité que pose la question de la santé sur un territoire donné et de prendre en compte ses spécificités,
- De concourir à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé au plus près des besoins des populations,
- De décliner les plans et programmes de santé publique
- De s'articuler avec le volet santé de la politique de la ville.

Depuis la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, il est également un outil de déclinaison du Programme Régional De Santé (PRS) qui fonde la politique régionale de santé dans notre région. Ce PRS définit¹ les objectifs pluriannuels de l'ARS dans ses domaines de compétences ainsi que toutes les actions qui permettront d'atteindre ces objectifs. Résultat de la co-construction avec l'ensemble des partenaires de l'ARS, et d'une consultation citoyenne, il est composé de trois documents :

- le Cadre d'Orientation Stratégique (COS), qui détermine des objectifs généraux de la politique régionale de santé et les résultats attendus pour les dix ans à venir,
- le Schéma Régional de Santé (SRS), qui détermine les prévisions d'évolution de l'offre de santé et les objectifs opérationnels à cinq ans,
- le Programme Régional relatif à l'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Trois orientations fondent le PRS :

- Permettre à la population de vivre plus longtemps en meilleure santé : préserver et améliorer l'état de santé de la population de la région Centre-Val de Loire afin de contribuer à l'augmentation de l'espérance de vie dans les meilleures conditions,
- Favoriser la qualité de vie, l'autonomie et l'inclusion des personnes malades ou en situation de handicap,
- Réduire les inégalités de santé sociales, territoriales et environnementales afin de renforcer l'accès à la santé.

Ces orientations sont déclinées en 50 objectifs opérationnels, tous traduits par des résultats à atteindre dans les 5 ans.

¹ En cohérence avec la Stratégie Nationale de Santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale

Le PRS porte par exemple des ambitions fortes en termes de politique de prévention, en particulier en direction des plus jeunes, d'amélioration de l'organisation de l'offre et de l'accès aux soins de premier recours, d'amélioration des parcours de santé et de vie des personnes âgées et celles en situation de handicap, de santé mentale... Le CLS 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 en assurant le décloisonnement des professions, des secteurs et des politiques publiques pour une meilleure articulation des actions et des dispositifs.

**PORTAGE DU CLS PAR LE SYNDICAT MIXTE DE PAYS BERRY SAINT-AMANDOIS :
CONTEXTE ET HISTORIQUE**

**1.1 LA STRATEGIE DE DEVELOPPEMENT DURABLE DU SYNDICAT MIXTE
DU PAYS BERRY SAINT-AMANDOIS**

Lors de l'élaboration de son agenda 21 local en 2010, le Pays Berry Saint-Amandois a renouvelé sa charte de développement et décliné sa nouvelle « stratégie de développement durable » autour de trois axes de développement :

1. une terre d'accueil et du bien vivre
2. un espace d'innovation et d'excellence économique
3. un environnement préservé et valorisé

Le tableau de synthèse qui suit en présente les objectifs et les orientations. Les parties bleutées correspondent aux orientations retenues spécifiquement au titre de l'Agenda 21, au moment de sa rédaction.

AXES	OBJECTIFS	ORIENTATIONS
1 - Une terre d'accueil et du bien-vivre	① Renforcer l'attractivité du territoire	1. Structurer une politique d'accueil mettant en valeur les opportunités d'installations offertes par le territoire.
		2. S'appuyer sur la marque « Berry » pour créer de nouvelles synergies.
	② Assurer une qualité de vie pour tous sur l'ensemble du territoire	3. Maintenir et développer une offre de services publics et de soins médicaux de proximité.
		4. Permettre aux enfants et aux jeunes de s'épanouir et de bien grandir au Pays.
		5. Favoriser une offre de logements adaptés aux besoins de tous.
		6. Faciliter la mobilité dans le Pays.
		7. Proposer un accès à la lecture publique et à l'enseignement artistique de qualité.
		8. Soutenir les lieux de création et de diffusion artistiques.
		9. Disposer d'une offre d'équipements sportifs de proximité et de qualité.
		10. Garantir un cadre de vie de qualité.

	③ Renforcer les solidarités locales	11. Aider au développement des entreprises et associations relevant de l'économie sociale et solidaire. 12. Accompagner des initiatives solidaires et alternatives en matière de mobilité.		
2 – un espace d'innovation et d'excellence économique	① Réussir le pari d'une économie locale durable	13. Promouvoir des activités économiques éco-responsables. 14. Favoriser l'aménagement durable des zones d'activités et des bâtiments industriels. 15. Soutenir les projets économiques des Pôles d'Excellence Rurale. 16. Renforcer les filières d'élevage pour dynamiser les productions. 17. Promouvoir les métiers en agriculture. 18. Maintenir et développer une offre commerciale, artisanale et de services de proximité en milieu rural. 19. Développer une offre d'hébergement touristique éco-responsable et solidaire.		
		② Favoriser un développement équilibré et durable	20. Anticiper, encadrer et accompagner le développement du territoire à l'échelle du Pays. 21. S'appuyer sur les ressources patrimoniales, paysagères naturelles et humaines comme vecteur d'un développement local et durable.	
			③ Valoriser durablement les ressources locales	22. Développer la filière bois énergie bocage. 23. Développer la production et l'utilisation d'autres énergies renouvelables. 24. Produire et utiliser des éco matériaux. 25. Soutenir la consommation de produits locaux. 26. Développer et promouvoir un tourisme patrimonial et naturel de qualité. 27. Valoriser les loisirs liés à l'eau. 28. Soutenir la microfilère AOC Châteaumeillant. 29. Valoriser le patrimoine local.
		① Assurer la préservation l'environnement		30. Connaître la biodiversité du territoire. 31. Préserver le patrimoine paysager. 32. Préserver l'identité bocagère du pays. 33. Préserver les zones humides. 34. Développer l'éducation et la sensibilisation à l'environnement et au développement durable.
				② Limiter l'impact des activités humaines

La santé s'inscrit dans l'objectif 1.2 : « assurer une qualité de vie pour tous sur l'ensemble du territoire » et s'articule avec l'ensemble des autres objectifs de la charte. En effet, la santé a besoin d'un environnement géographique naturel préservé et d'un environnement économique vitalisé.

1.2 LE PREMIER CONTRAT LOCAL DE SANTE (2016 / 2019)

Le syndicat de pays s'est donc logiquement porté candidat pour animer un premier Contrat Local de Santé en 2014 lorsque ces derniers ont été proposés au territoire.

Après un diagnostic sans concessions en 2015 de l'Observatoire Régional de Santé (ORS) sur la situation de la santé en Pays Berry Saint Amandois, un CLS a été conclu en 2016. Il était porteur des axes stratégiques suivants :

<p>Axe stratégique n° 1 : Améliorer le parcours de santé de la population</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Favoriser l'installation de nouveaux professionnels médicaux et paramédicaux 2. Faciliter l'accès aux droits et dispositifs existants 3. Favoriser la proximité des services des domaines sanitaire, social et médico-social 	<p>Axe stratégique n°2 : Agir sur les déterminants de santé de la population</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Promouvoir les habitudes de vie favorisant un bon état de santé 2. Développer les compétences psychosociales 3. Agir sur l'environnement de la population 	<p>Axe stratégique n°3 : Développer la communication et le partenariat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Favoriser la connaissance et la communication entre acteurs 2. Potentialiser les dispositifs existants 3. Renforcer la dynamique partenariale
--	--	--

1.3 L'EVALUATION DU CLS 1

1.3.1 - MÉTHODE D'ÉVALUATION

L'évaluation a été réalisée entre janvier et juin 2019 par l'animatrice du Contrat Local de Santé et une volontaire en service civique, toutes deux appuyées par l'élue référente du CLS et l'Agence Régionale de Santé Centre-Val-de-Loire.

Elles ont centré l'évaluation sur 2 critères : l'efficacité (réalisation effective et résultats des actions) et le partenariat, facteur important de la gouvernance dans ce type de contrat. Trois recueils de données supplémentaires ont eu lieu pour ce dernier :

1. Un questionnaire « partenaires / élus » diffusé à l'ensemble des partenaires – 76 répondants,
2. Un questionnaire « population » diffusé auprès des habitants du pays - 214 répondants
3. Des focus groupes organisés avec 4 catégories de partenaires (membres du COPIL ; élus ; partenaires à l'échelle départementale ; partenaires à l'échelle locale) – 27 participants

Questions évaluatives portant sur l'efficacité	Questions évaluatives portant sur le partenariat
<p>Dans quelle mesure le déploiement d'actions et stratégies prévues dans le CLS a-t-il permis la mobilisation des acteurs autour de la réduction des inégalités de santé ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les actions mises en place dans le cadre du CLS : <ul style="list-style-type: none"> ○ sont-elles adaptées à la population du territoire (actions locales) ? ○ Ont-elles répondu aux attentes des parties prenantes vis-à-vis du Contrat Local de Santé ? ○ En quoi peuvent-elles favoriser l'accès aux soins et aux droits ? 	<p>Dans quelle mesure le déploiement d'actions et stratégies prévues dans le CLS a-t-il permis de renforcer le partenariat entre les acteurs sur le territoire ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les objectifs du CLS s'inscrivent-ils en complémentarité avec les orientations stratégiques des acteurs partenaires ? • La mise en place d'un poste de coordonnateur CLS sur le territoire a-t-il apporté une plus-value aux acteurs locaux • Le CLS a-t-il contribué à une meilleure coordination entre les acteurs du territoire ?

Le mois de mai a été consacré à la rédaction des documents finaux, présentés en COPIL le 23 mai 2019.

1.3.2 RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

Le CLS 1, en matière de démographie médicale et d'amélioration du parcours de santé de la population :

- A accompagné la création des maisons de santé (Lévet et Châteaumeillant),
- A initié une première action sur l'attractivité du territoire,
- S'est positionné en soutien aux professionnels de santé comme facilitateur et a permis de développer une interconnaissance professionnels/collectivités publiques,
 - En développant des dispositifs départementaux sur le territoire,
 - En réactivant des dispositifs en perte de dynamisme (notamment le REAAP Sud pour lequel la participation de l'animatrice du CLS a permis de mettre en lien la santé et la parentalité),
 - En aidant à la délocalisation d'opérations sur le Pays.

En matière de prévention et promotion de la santé, le CLS 1 a développé des actions sur le terrain en coordonnant des initiatives ou en impulsant une dynamique liée aux thématiques nationales identifiées prioritaires sur le territoire.

En matière de création de synergies locales, le CLS1 a réalisé un travail d'animation (avec apport méthodologique), de coordination et de mise en lien des partenaires qui les a incités à l'innovation. Le bénéfice immédiat en a été le levage de certaines barrières et le maintien des motivations, notamment de travailler sur l'ensemble du territoire avec les publics fragilisés, même s'il est difficile de toucher les 86 communes.

En matière de communication, le CLS1 a donné naissance au « CLS info » dont la pertinence a été reconnue par les partenaires

POUR LES PROFESSIONNELS	POUR LES HABITANTS
<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la communication sur le dispositif • Développer encore le partenariat et maintenir le travail en réseau • Impliquer les habitants du territoire • Développer des actions directement à destination des publics en situation difficile • Renforcer le lien entre les professionnels de santé et les élus 	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter la démographie médicale et raccourcir les délais d'accès aux services et offres de soins • promouvoir une alimentation saine et en faciliter l'accès • promouvoir l'activité physique, en faciliter l'accès par des financements ou des aménagements • Développer des actions de prévention et de dépistage (avec une attention particulière portée au public jeune) • Agir sur les déterminants environnementaux (alimentation, habitat ...)

LE CONTRAT LOCAL DE SANTE 2020 / 2023

Vu la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009,

Vu la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016,

Vu la décision du Comité de pilotage du 1^{er} Contrat local de Santé en date du 23 mai 2019 de reconduire le CLS

Entre les signataires mentionnés ci-dessous

- le Préfet du Cher, Jean-Christophe BOUVIER
- Le Président du Pays Berry St-Amandois, Louis COSYNS
- La Directrice du Centre Hospitalier de St-Amand Montrond, Fatiha ZIDANE
- Le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Julien JAFFRE
- Le Délégué Régional de l'Union Régionale des Affaires Familiales, Hubert JOUOT
- Le Directeur départemental de l'ARS du Cher, Bertrand MOULIN
- Le Président du Conseil Général, Monsieur AUTISSIER
- La Directrice de la Clinique des Grainetières, Céline BOILEVE
- Le Directeur de la Mutualité Sociale Agricole Beauce Cœur de Loire, Christian PINSAC
- La Directrice Générale Adjointe De Prévention, Autonomie et Vie Sociale du Conseil Département 18, Marie-Claude AUBERTIN
- Le Président du Conseil Régional, François BONNEAU
- le maire de la ville de Saint-Amand-Montrond, Emmanuel RIOTTE
- Le Directeur du Centre Hospitalier Spécialisé George Sand, Alexis JAMET

- Le Directeur académique des Services Départementaux de l'Éducation Nationale, Michel MOREAU
- La sous-préfète de Saint-Amand-Montrond, Claire MAYNADIER

Il est convenu ce qui suit

ARTICLE 1 : PERIMETRE

Le CLS couvre le territoire du Pays Berry Saint-Amandois, soit quatre communautés de communes et quatre-vingt six communes :

- Cœur de France
- Berry Grand-Sud
- Pays du Dunois
- Arnon-Boischaut-Cher

ARTICLE 2 : GOUVERNANCE

ARTICLE 2.1 - MISSION DE L'ANIMATRICE TERRITORIALE DE SANTÉ

Une animatrice territoriale de santé, coordinatrice du Contrat Local de Santé officie à temps plein. Elle a pour missions de :

- mobiliser des moyens pour réaliser un diagnostic partagé et l'actualiser,
- animer l'élaboration du plan local de santé,
- mobiliser les acteurs locaux dans la mise en œuvre des actions,
- favoriser les échanges entre les acteurs notamment au sein des comités techniques et/ou des groupes de travail,
- mobiliser et animer un réseau d'acteur,
- être un appui de proximité pour les porteurs de projet,
- veiller à la réalisation des travaux et en élaborer la synthèse,
- développer la prise en compte des enjeux de santé publique dans les politiques locales,
- impliquer la population, les usagers,
- coordonner les aspects financiers, administratifs, techniques et de communication autour du projet,
- organiser et assurer les relations avec le COmité de PILotage (COPIL),
- coordonner le CLS,
- permettre l'évaluation du CLS et de ses actions.

ARTICLE 2.2 - ATTENDUS DES SIGNATAIRES DU CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

Le comité de pilotage est composé des membres signataires du CLS. Ces derniers contribuent eux aussi à la mise en œuvre des objectifs. Pour cela, ils :

- contribuent à la formation des animateurs territoriaux de santé en vue d'une harmonisation des pratiques,
- participent aux instances de concertation : conception, conduite, coordination et évaluation du CLS,
- nourrissent la vision du CLS en mobilisant ses réseaux et diagnostics propres,
- mettent en œuvre certaines actions du contrat local de santé en tant que partenaire opérationnel et/ou financier,
- accompagnent les porteurs de projets (soutien à la recherche de financements, communication autour du projet, mise en lien et suivi- évaluation...)
- Mettent à disposition du CLS ses ressources notamment en matière de communication.

Enfin,

- Trois des partenaires contribuent au financement du dispositif en finançant le poste d'animateur territorial de santé, et en mobilisant des financements pour les actions du CLS (conception et évaluation). Il s'agit de l'ARS, de la Région et du syndicat mixte de Pays Berry Saint Amandois

Le comité de pilotage est décideur. Il valide les propositions des commissions techniques

Leurs missions	<ul style="list-style-type: none"> • valider le programme initial et mode de fonctionnement • observer les changements obtenus année après année, • garantir la ligne de conduite du CLS, • valider le parcours conduit en année n-1, • fixer la feuille de route de l'année n+1.
Leur fréquence de réunion	1 réunion par an au mois de juin.
Leur forme de travail	Réunion plénière.
Les résultats produits et leurs usages	<ul style="list-style-type: none"> • Réajustement des axes de travail en fonction des éléments d'évaluation fournis l'année précédente, • Intégration de nouveaux axes de travail, • Définition de la feuille de route par hiérarchisation des priorités.

ARTICLE 2.3 - ATTENDUS DES COMMISSIONS DE TRAVAIL

Il y aura 3 groupes correspondant aux 3 axes du CLS² :

1. Favoriser l'accès aux soins à travers l'offre du territoire,
2. Favoriser la promotion et le développement de la santé,
3. Agir précocement auprès des publics vulnérables.

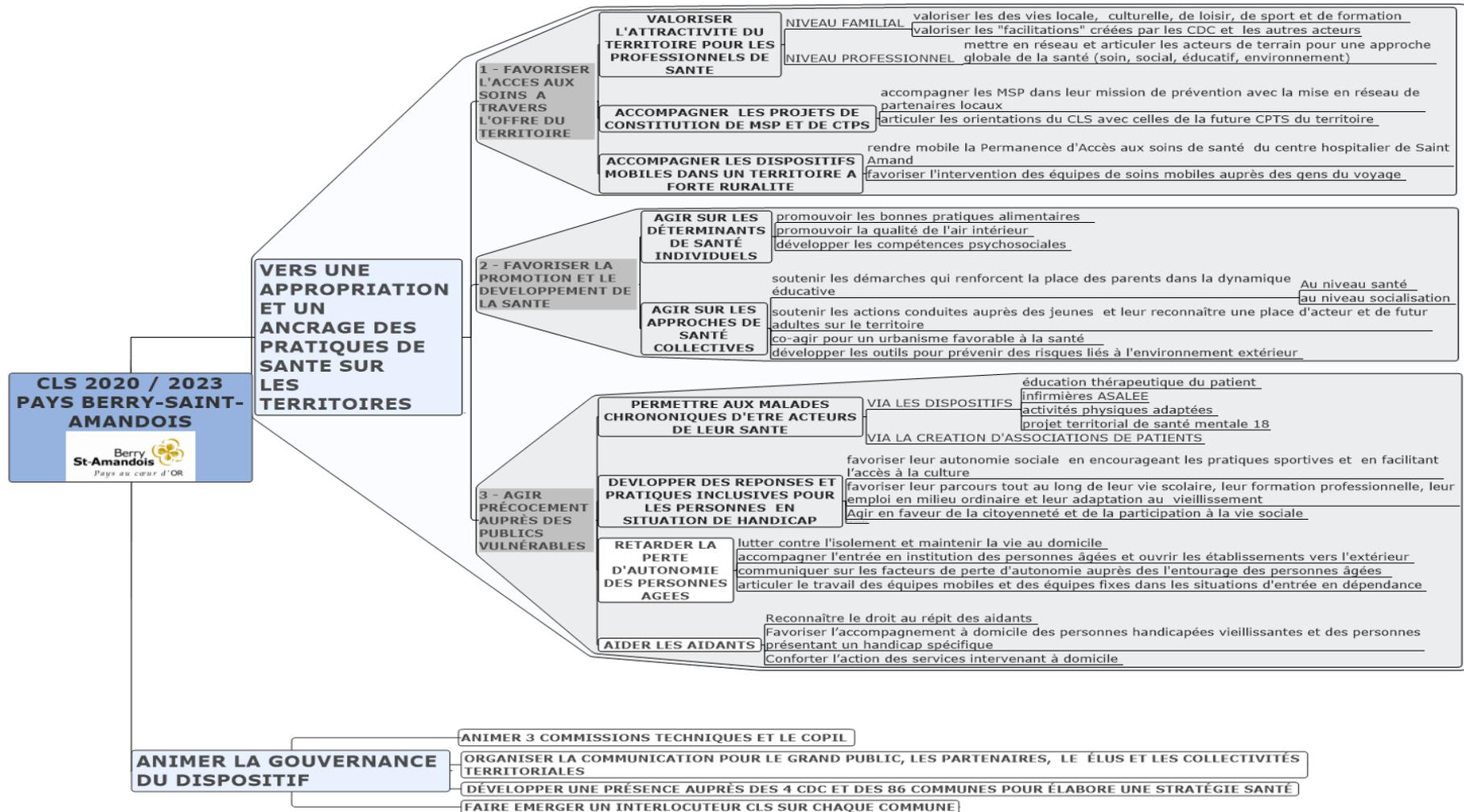
² VOIR ANNEXE 0

Leurs missions	<ul style="list-style-type: none"> • alimenter le CLS d'approches et d'analyses de terrain, • impulser de nouvelles dynamiques dans leurs pratiques, • contribuer aux orientations du CLS.
Leur fréquence de réunion	3 réunions par an.
Leur forme de travail	Groupes de travail et d'échange de pratiques avec roulement sur l'ensemble des Communautés de communes (CDC).
Les résultats produits et leurs usages	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation partenariale, • Mobilisation du public, • Développement des actions de santé dans la durée, avec des approches innovantes et probantes.

ARTICLE 3 : LES PERSPECTIVES DU CLS 2 : DÉCLINAISON EN 4 AXES

Dans la poursuite du travail engagé par le CLS 1, le CLS 2 s'appuie sur :

- les préconisations du CLS1 et l'actualité des dossiers en cours,
- le diagnostic réactualisé des partenaires,
- les axes de travail proposés par l'ARS,
- les pistes données par les partenaires.

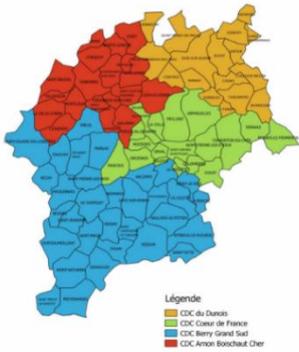


AXE 1 : FAVORISER L'ACCÈS AUX SOINS À TRAVERS L'OFFRE DU TERRITOIRE

Diagnostic

Les médecins en poste actuellement sont proches de l'âge de la retraite. Les médecins nouvellement formés n'intègrent pas encore les territoires ruraux malgré les multiples mesures incitatives des collectivités territoriales. Quelques médecins plus optimistes que d'autres pensent que le flux va se réguler naturellement dans les cinq prochaines années, car les sites de formation universitaire et pôles urbains vont être naturellement pourvus en professionnels. Les espaces moins urbanisés devraient pouvoir accueillir leurs professionnels de santé à leur tour. La télémédecine se déploie doucement pour pourvoir en totalité ou en partie aux urgences situationnelles. L'objectif du contrat local de santé étant de rétablir une égalité territoriale en matière de santé, il se doit d'accompagner l'émergence et le fonctionnement de maisons de santé pluridisciplinaires qui se mettent en place.

13

	Carte des communes du Pays Berry St-Amandois par communauté de communes	L'existant	Les projets en cours
CDC Arnon Boischaud Cher	 <p>Légende: ■ CDC du Dunois ■ CDC Cœur de France ■ CDC Berry Grand-Sud ■ CDC Arnon Boischaud Cher</p>	<ul style="list-style-type: none"> Plusieurs praticiens libéraux MSP de Levet 	
CDC Berry-Grand-Sud		<ul style="list-style-type: none"> MSP Chateameillant Pôle de Préveranges 	<ul style="list-style-type: none"> MSP de Culan en construction Pôle du Châtelet en projet
CDC Cœur de France		<ul style="list-style-type: none"> Clinique des Grainetières Hôpital de Saint-Amand-Montrond Des professionnels de santé en ville 	<ul style="list-style-type: none"> Projet de MSP
CDC Dunois		<ul style="list-style-type: none"> Plusieurs praticiens libéraux Maison médicale Hôpital George Sand 	

Situations problèmes

- Comment pourvoir le territoire en professionnels de santé de tous ordres (spécialistes et généralistes) ?
- Quelle attractivité du territoire valoriser pour susciter l'envie des praticiens / praticiennes et de leur conjoints / conjointes s'y installer ?
- Comment accompagner les médecins dans leur projet professionnel et donner des perspectives à leur installation ?
- Comment aider les maisons de santé à déployer leur projet de prévention ?
- Comment créer des synergies territoriales ?

Niveaux de changement escomptés :

- créer une synergie de santé dans les 4 Communautés de communes et les 86 communes en permettant le recrutement de professionnels de santé.

- Valoriser les actions de prévention primaire sur les territoires et mobiliser des réseaux de professionnels de santé autour des maisons de soins pour générer des animations thématiques (cancer du sein, diabète, obésité...)
- Mobiliser le territoire pour faciliter la vie quotidienne des familles des médecins qui s'installeront
- Accompagner les dispositifs du « aller vers » auprès des populations les plus en difficulté

Indicateurs de réussite sur 4 ans

- les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) disposent d'un projet global qui fédère les praticiens rassemblés en ce lieu
- des actions de prévention sont portées par les MSP et soutenues par le CLS
- les postes de médecins sont pourvus
- une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CTPS) voit le jour
- la permanence d'accès aux soins de santé devient un interlocuteur pour les populations concernées
- la population des gens du voyage évolue vers un comportement proactif dans la prise en charge de sa santé

Forces et blocages à dépasser

Forces	Blocages à dépasser
<ul style="list-style-type: none"> • La volonté de la région et du département de mobiliser les acteurs gouvernementaux au profit de son développement en matière de santé • La volonté des communes et des communautés de communes de se donner les moyens pour créer les MSP • Les projets conçus dans un esprit de solidarité • Le déploiement de dispositifs de soins favorisant le « aller vers » • La perspective de faire naître une CTPS • Les informations existantes sur l'attractivité du territoire en possession du syndicat de pays 	<ul style="list-style-type: none"> • Des difficultés à recruter de nouveaux personnels soignants (le manque de médecins est structurel) • Les comportements individualistes de soignants qui peuvent sortir du projet global des MSP • La difficulté à exercer la mission de coordinateur dans les MSP • La difficulté pour les acteurs extérieurs d'avoir des interlocuteurs dans les MSP • La réticence à se structurer en SISA³ • Les doutes quant à la pérennisation des financements et au confort de fonctionnement avec les ACI⁴ • Le décalage entre l'émergence des projets de santé de MSP et leur concrétisation avec la construction effective des locaux le faible portage évènementiel de la problématique santé par les acteurs de santé (journées diabète, cancer...)

³ Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires

⁴ Accord Conventionnel Interprofessionnel

<ul style="list-style-type: none"> • La volonté de faire valoir le territoire les perspectives en matière de santé et les perspectives en matière de vie personnelle pour les médecins qui s'installeront • La capacité d'accueil d'un territoire pour peu que le nouvel arrivant soit proactif, dans une logique d'ouverture et d'accueil des coutumes locales, ainsi que dans des logiques d'entraide et de solidarité 	<ul style="list-style-type: none"> • Les actions de prévention peu présentes en dehors des zones urbaines • Les populations fragilisées esseulées sur un territoire fortement rural • La récurrence d'opérations de valorisation du territoire et leur succès relatif • La faiblesse des ressources du territoire et de sa dynamique entrepreneuriale (nombre restreint des porteurs de projets)
--	--

Trois objectifs

- **Valoriser l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé**
 - Au niveau familial en :
 - Valorisant les vies locales, culturelles, de loisir, de sport et de formation
 - Valorisant les « facilitations » créées par les communautés de communes et les autres acteurs
 - Au niveau professionnel, en mettant en réseau et en articulant les acteurs de terrain pour une approche globale de la santé
- **Accompagner les projets de développement de MSP et CPTS**
 - Accompagner les MSP dans leur mission de développement avec la mise en réseau de partenaires locaux
 - Articuler les orientations du CLS avec celles de la future CPTS
- **Accompagner la mobilité des dispositifs dans un territoire à forte ruralité et renforcer la démarche du « aller vers »**
 - Rendre mobile la PASS (permanence d'accès aux soins de santé) du Centre hospitalier de saint-Amand
 - Permettre le développement d'actions auprès des gens du voyage avec l'équipe mobile

AXE 2 : FAVORISER LA PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

Diagnostic

Les facteurs influant de la santé se déclinent comme suit :

- Les facteurs endogènes, génétiques, biologiques et héréditaires
- Les facteurs environnementaux (qualité de l'air intérieur et extérieur en milieux privés et professionnels)
- Les facteurs liés aux modes de vie (les conduites addictives, la sédentarité, les poly-traumatismes...)
- Les facteurs liés au système de santé lui-même avec les phénomènes d'iatrogénie et de discrimination)

- Les facteurs psychosociaux (le développement des compétences psychosociales, le niveau d'éducation ou de diplôme, la littératie...)

Les dire en d'autres termes permettra de mieux les comprendre au niveau individuel et collectif. De plus, il semble que les principes de prévention soient connus de la majorité de la population, voire, que la majorité en question peut les réciter. Nous rappellerons ici qu'il s'agit :

- D'avoir de l'estime pour soi, une place sociale et la reconnaissance afférente ;
- De manger et boire sainement (voire d'éliminer) ;
- De dormir sereinement
- De développer une activité cognitive ;
- D'être en mouvement au moins 30 minutes dans la journée ;
- D'évoluer dans des environnements intérieurs et extérieurs sains ;

Quelle que soit la formulation choisie, il est évident que la santé dépend des actions individuelles et collectives. Le territoire a besoin des médecins et de l'ensemble des personnels de soin, mais chacun des habitants et chacune des communes ont besoin d'adopter des comportements favorables à la santé et au bien-être. Le secteur Cher sud est fortement touché par des affections de longue durée qui valident la nécessité de s'engager sur le chemin de la prévention primaire.

Le territoire est trop faiblement pourvu en interlocuteurs médicaux rendant difficile le fait de se soigner. Le discours de Madame la Préfète en date du 20 septembre 2019, lors de la réunion du plan d'accès aux soins mentionnait deux points :

1. Il faudra éduquer nos concitoyens à ne pas s'installer dans une attitude consumériste en matière de santé
2. La santé est une chaîne dont nous sommes le premier maillon

Tableau 5 Cinq principales affections de longue durée du Cher (CNAMTS-DSES)

Cinq principales ALD du Cher	personnes prises en charge pour ALD pour le régime général en 2015	Rang régional
Diabète de type 1 et diabète de type 2	14 490	1
Maladie coronaire (1) et Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves (2)	(1) 7 680 + (2) 5 510 = 13 190	2
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	10 480	3
Affections psychiatriques de longue durée	5 370	4

C'est la raison pour laquelle les événements nationaux constituent un bon rappel collectif et une bonne raison de travailler sur les comportements de prévention primaire.

Situation problème

- Comment mettre en adéquation des savoirs et les comportements ?
- Comment générer des intérieurs d'habitation et de lieux publics favorables à la santé ?
- Comment générer un urbanisme favorable à la santé ?
- Quelle place faire aux jeunes ?
- Comment renforcer les compétences parentales ?

Niveau de changement attendu

- Générer une prise en charge de la santé de chacun par chacun en mettant en œuvre des mesures de prévention idéales pour une vie saine et équilibrée⁵,
- Activer les compétences psychosociales⁶ et former familles / écoles / instances municipales à cet effet,
 - Aborder la santé en termes de facteurs de protection et non plus en termes de maladie
- Assainir les environnements clos,
- Épauler les communes dans la transformation de leurs espaces et de la mobilisation des personnes en faveur du bien-être dans la ville, le bourg, voire les hameaux .

Indicateurs de réussite sur 4 ans

- Un festival sur la santé (FESTISANTE)⁷ est réalisé tous les ans en rotation sur les 4 CDC : il est prétexte à penser la santé d'une manière globale sur une CDC
- Des groupes de soutien à la parentalité se démultiplient sur le Pays Saint Amandois
- La question de la santé est intégrée dans les politiques de la jeunesse des collectivités
- Les producteurs et organisations pour « manger local » sont communiquées à chaque famille
- 50% des communes s'organisent seules ou à plusieurs pour aménager des espaces qui facilitent l'activité physique
- 50% des communes suscitent une animation physique collective à fréquence régulière (idéalement, une fois par mois)
- Au moins un agent technique de 50% des communes ayant une école (ou RPI) et une salle polyvalente, reçoivent une information sur la qualité de l'air intérieur et la « fabrication maison » des produits d'entretien
- 25% des communes sont pourvues d'une équipe ambroisie qui veille effectivement sur la limite de la propagation de la plante

Forces et Blocages à dépasser

Forces	Blocages à dépasser
<ul style="list-style-type: none"> • Les partenaires ont une pratique du travail et de la réflexion collective pour inventer de nouvelles solutions : des projets multidimensionnels voient le jour au sein desquels les idées et actions se partagent 	<ul style="list-style-type: none"> • L'activité physique est prise en charge par les clubs et leur double logique administrative et compétitive... qui ne correspond peut être plus aux nouvelles formes de pratique • Les actions saisonnières mises en place dépassent rarement la saison sans stimulation régulière (Ambroisie ; air intérieur) • La prévention est trop souvent considérée comme une affaire individuelle et la responsabilité est centrée sur la personne

⁵ « Nos conduites individuelles ou collectives, initiées pour la recherche de plaisir et de lien social, de bien-être et de soulagement, ne doivent pas aboutir à des prises de risque inconsidérées et à d'inacceptables pertes de vie ou de liberté » ANPAA

⁶ « Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement » (Organisation mondiale de la santé).

⁷ VOIR ANNEXE 1

<ul style="list-style-type: none"> • Les partenaires de prévention sont disponibles pour répondre aux sollicitations du terrain • ARS et autres partenaires (sport sur prescription médicale, article 51) lancent des programmes d'action qui permettent de revisiter les diagnostics et d'ouvrir des champs d'action 	<p>elle-même : les approches de santé collectives sont difficiles à mettre en œuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> • La réflexion à la dimension du pays est parfois difficile : les petites communes devront faire preuve d'ingéniosité si elles ne peuvent pas se fédérer • Les moyens ne sont pas toujours donnés à la mise en œuvre des actions, obligeant des professionnels à ajouter des tâches à d'autres tâches et rendant l'action parfois caduque
---	--

Deux objectifs

- **Agir sur les déterminants de santé individuels**
 - Promouvoir les bonnes pratiques alimentaires
 - Promouvoir la qualité de l'air intérieur
 - Développer les compétences psychosociales
- **Agir sur les approches de santé collectives**
 - Soutenir les démarches qui renforcent la place des parents dans la dynamique éducative
 - Soutenir les actions conduites auprès des jeunes et leur reconnaître une place d'acteur et de futurs adultes
 - Co-agir pour un urbanisme favorable à la santé
 - Développer des outils pour prévenir les risques sanitaires environnementaux

AXE 3 : AGIR PRÉCOCEMENT AUPRÈS DES PUBLICS VULNÉRABLES

Nous choisissons de nous orienter vers quatre publics :

1. Les personnes fragilisées par la maladie et notamment les affections de longue durée (voir le tableau précédent) : elles se soignent et peuvent constituer des relais pour aller vers la prévention des maladies dont elles font l'objet ;
2. Les personnes en situation de handicap qui ont besoin de trouver des réponses et pratiques inclusives dans leur quotidien ;
3. Les personnes âgées qui choisissent de rester au domicile le plus longtemps possible et qui, si elles doivent intégrer des établissements, préféreront y trouver une dynamique de vie avec des soignants heureux d'y exercer leur métier ;
4. Les aidants qui agissent auprès des 3 publics précédemment nommés et permettent le soin, le maintien à domicile, les pratiques inclusives, mais qui doivent apprendre à prendre soin d'eux-mêmes.

Diagnostic

- Les 4 publics dits vulnérables souffrent de mise à l'écart social et / ou de pathologies consécutives à des problématiques d'ordre génétique, de comportements défavorables à la santé, voire des impacts d'un environnement préjudiciable à leur qualité de vie.

- Les personnes âgées, elles, souhaitent majoritairement rester à domicile. Les services d'aide à domicile sont indispensables pour leur permettre de concrétiser ce choix.
- Des personnes en situation de handicap, quant à elles ont besoin d'avoir une place au sein de la société dite normée.

Situation problème

- Comment permettre aux différentes personnes de ne pas perdre le lien ou de renouer avec les déterminants de santé ?
- Comment faire une place à celles et ceux qu'on a exclus ?
- Comment permettre aux personnes âgées de rester autonomes le plus longtemps possible, au domicile ou en institution ?
- Comment permettre aux salariées de l'aide et du soin à domicile et des établissements d'accueil des personnes âgées de transformer les liens relationnels avec les résidents ?
- Comment permettre aux aidants eux-mêmes de s'entraider et de se faire aider ?

Changement escompté

- créer et renforcer des réseaux d'aidants, de patients pour faciliter l'entraide et y développer des programmes d'aide (éducation thérapeutique du patient, activités physiques adaptées)
- Faire porter les dispositifs nationaux (journées diabète, cancers...) par les acteurs de santé et intervenir en soutien
- Dynamiser les communes, les associations, les secteurs sportifs et culturels autour de la santé (activité physique sur prescription médicale...)
- Ouvrir des accès dans les associations culturelles, de loisirs et sportives aux personnes en situation de handicap
- Modifier le regard que l'on porte sur certains handicaps, sur les personnes âgées pour permettre de garder ou de prendre une place sociale
- Générer des modes de prise en charge qui préservent ou réorganisent l'autonomie,
- Faire sortir les professionnels de la souffrance via des organisations de travail revisitées (Donner à voir et développer le modèle Buurtzorg)

Indicateurs de réussite sur 4 ans

- Une programmation des animations et informations portant sur les maladies est éditée annuellement et portée par les acteurs de santé
- Un réseau de patients accueille tous les malades en ALD⁸ sur les 4 CDC, sans distinction de pathologie. Des programmes spécifiques leur sont proposés à la dimension du pays.
- 50% des médecins sont formés à la prescription du sport pour les affections de longue durée
- 50% des éducateurs sportifs sont formés à l'accueil des patients touchés par des affections de longue durée
- Un système d'accueil dans les associations de loisir, sportives et culturelles est proposé aux personnes en situation de handicap
- 50% des structures d'aide et de soin à domicile sont sensibilisées à la méthode Buurtzorg

⁸ Affection de Longue Durée

- Une réflexion sur l'animation dans les structures d'accueil de personnes âgées est engagée
- Un réseau d'aidants toutes situations confondues voit le jour sur l'ensemble du pays

Objectif par population vulnérable

permettre aux malades chroniques d'être acteurs de leur santé	agir contre la perte d'autonomie des personnes âgées
<ul style="list-style-type: none"> • créer des associations de patients • mobiliser des dispositifs <ul style="list-style-type: none"> ○ développer l'éducation thérapeutique du patient ○ renforcer la place des infirmières ASALEE ○ développer l'activité physique adaptée 	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagner l'entrée en institution (à travailler avec les élus) et ouverture de l'établissement vers l'extérieur (ex. : santé culture) • Communiquer sur le repérage à la perte d'autonomie auprès des habitants Sensibiliser les professionnels soignants sur l'entrée à la dépendance de la personne âgée
développer des réponses et pratiques inclusives pour les personnes en situation de handicap	aider les aidants
<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser leur autonomie social en encourageant les pratiques sportives et en facilitant l'accès à la culture • Favoriser leur parcours tout au long de leur vie scolaire, de la formation professionnelle, de leur emploi en milieu ordinaire et de leur adaptation au vieillissement • Agir en faveur de la citoyenneté et de la participation à la vie sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • reconnaître le droit au répit des aidants et créer un réseau de solidarité • favoriser l'accompagnement à domicile des personnes handicapées vieillissantes et des personnes présentant un handicap spécifique • conforter les actions des services d'aide et de soin à domicile

Forces et Blocages à dépasser

Forces	Blocages à dépasser
<ul style="list-style-type: none"> • Des partenaires ressources sur le terrain • Une capacité à construire collectivement • Des pratiques de santé en évolution • Des programmes d'éducation thérapeutique du patient en émergence • Des pratiques différentes existent « ailleurs » 	<ul style="list-style-type: none"> • Des pratiques portées par l'habitude • Des personnes malades qui ne s'organisent ou ne peuvent s'organiser pour sortir de leur maladie • Des publics stigmatisés • Des malades dont l'identité est celle de la maladie • Le réseau sportif non formé au sport sur prescription médicale • La force du « bien boire et bien manger » berrichon • Des secteurs professionnels en tensions dans lesquels il est parfois difficile de réfléchir différemment (secteur des personnes âgées) • Des messages de prévention conduits par le prisme de la maladie plus que par celui des facteurs de protection • Les évènements nationaux non portés par l'ensemble du territoire • Perte de sens de certaines manifestations de santé (les foulées roses d'octobre rose sont devenues un temps de performance individuelle et de solidarité. Comment influent-elles sur les déterminants de santé ?) • Un portage des évènements conduit par le CLS principalement • Des pratiques différentes sont difficilement reçues malgré leur pertinence (prise en charge de personnes âgées, mode managérial dans les structures d'aide à domicile...)

Diagnostic

L'évaluation du CLS 1 pointait la communication comme un facteur essentiel du fonctionnement du CLS. Le fait est que le CLS a fonction médiatrice et incitatrice. Il permet de générer d'autres formes de travail sur un territoire par effet de réseau.

Situation problème

- À quelle fréquence diffuser de l'information pour qu'elle soit attendue et lue ?
- Comment mobiliser un COFIL pour qu'il soit force stratégique ?
- Comment alimenter les commissions de travail pour qu'elles génèrent matière à transformer des pratiques ?
- Quels canaux utiliser pour que l'information arrive à leurs destinataires ?
- Quelle communication générer pour parvenir à ancrer les pratiques de soin sur les territoires ?
- Qui concerner par la prévention pour avoir des relais dans les communes ?
- Comment faire pour que l problématique de santé ne soit pas qu'une bonne intention ?

Changement escompté

- Avoir un relais du CLS par commune (ou par groupes de communes),
- Avoir des commissions de travail génératrices de changement,
- Avoir une vraie présence de l'animatrice sur les 4 CDC pour connaître l'ensemble des acteurs et contribuer aussi à la mobilisation et au partage du sens,
- Disposer d'une communication organisée, via des réseaux internes et les circuits conventionnels d'information :
 - Au service des élus,
 - Au service des partenaires,
 - Au service de la population.

Indicateurs de réussite sur 4 ans

- Un relais par commune existe,
- Les 3 commissions de travail se rencontrent tous les 4 mois et œuvrent en faveur de l'ancrage des pratiques de santé sur les territoires,
- Les CDC fédèrent les communes sur les pratiques de santé,
- La communication est organisée, regroupe les évènements de santé et impulse des actions de santé sur les territoires,

Forces et Blocages à dépasser

Forces	Blocages à dépasser
<ul style="list-style-type: none"> • Les partenaires sont très actifs sur le territoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Les informations sont multiples • les actions priment parfois sur le projet

- les actions santé sont multiples
- un festival de santé va voir le jour pour aborder la santé en positif, sur un territoire donné et avec les partenaires locaux.

- Les interlocuteurs des communes sont saturés d'information
- Les médias ne relaient pas toujours l'information comme nous l'aimerions
- Les informations sont si nombreuses (et les évènements de santé en particulier) qu'il y a confusion
- les approches collectives de santé

Objectifs

- Animer les 3 commissions techniques
- Organiser la communication pour les partenaires, les professionnels de santé, les collectivités territoriales et le grand public
- Développer une présence auprès des 4 CDC et des 86 communes
- Générer des relais CLS dans chaque commune

ARTICLE 4 : DURÉE ET REVISION DU CONTRAT

ARTICLE 4.1 : DURÉE DU CONTRAT

Le présent contrat est valable pour une durée de quatre années, à compter de sa signature. Il pourra faire l'objet d'une prorogation ou d'un renouvellement, en accord avec les parties signataires.

ARTICLE 4.2 : REVISION DU CONTRAT

Le présent contrat pourra faire l'objet d'avenants, être révisé et complété à la demande de l'une des parties, au cours de ces quatre années. En cas de modification du programme d'actions du CLS du Pays Berry St-Amandois, la décision et la validation d'un avenant appartiennent au Comité de Pilotage. Les modifications pourront permettre de :

- Intégrer de nouveaux objectifs
- Faire évoluer ou ajouter de nouveaux axes stratégiques,
- Intégrer de nouveaux signataires,

ARTICLE 4.3 : SUIVI ET ÉVALUATION DU CONTRAT

Dans le respect des dispositions légales et réglementaires encadrant les CLS, les actions prévues au présent contrat font l'objet d'un suivi régulier de leur mise en œuvre.

L'évaluation est pensée et élaborée à toutes les étapes de la mise en œuvre du CLS. Chaque fiche action devra répondre à des objectifs opérationnels précis dont les indicateurs et les outils d'évaluation seront les garants de l'accomplissement de ces dits objectifs.

Un suivi annuel de la mise en œuvre des actions du CLS, sera réalisé par l'animatrice territoriale de santé auprès de chaque porteur de projet du CLS qui s'engage à fournir les bilans nécessaires. Ce



suivi annuel s'effectue également en lien avec le comité technique et est soumis à l'appréciation du comité de pilotage.

L'intérêt d'une évaluation régulière est de :

- Réaliser un état d'avancement détaillé de la mise en place des actions du contrat,
- Identifier les éventuelles difficultés rencontrées ou bonnes pratiques mises en place,
- Mettre en œuvre des actions facilitantes pour lever les points de blocage.

De plus, le CLS d'une durée de quatre ans fera l'objet d'une évaluation finale au cours de la dernière année.

SIGNATURE DES MEMBRES DU COPII

À Saint-Amand-Montrond, le ...

le Préfet du Cher Jean-Christophe BOUVIER	Le Directeur départemental de l'ARS du Cher Bertrand MOULIN	Le Président du Conseil Régional François BONNEAU
Le Président du Pays Berry St- Amandois Louis COSYNS	Le Président du Conseil Général Monsieur AUTISSIER	le maire de la ville de Saint-Amand-Montrond Emmanuel RIOTTE
La Directrice du Centre Hospitalier de St-Amand Montrond Fatiha ZIDANE	La Directrice de la Clinique des Grainetières Céline BOILEVE	Le Directeur du Centre Hospitalier Spécialisé George Sand Alexis JAMET
Le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie Julien JAFFRE	Le Directeur de la Mutualité Sociale Agricole Beauce Cœur de Loire Christian PINSAC	Le Directeur académique des Services Départementaux de l'Éducation Nationale Michel MOREAU
Le Délégué Régional de l'Union Régionale des Affaires Familiales Hubert JOUOT	La Directrice Générale Adjointe De Prévention, Autonomie et Vie Sociale du Conseil Département 18 Marie-Claude AUBERTIN	LA sous-préfète de Saint- Amand –Montrond Claire MAYNADIER

ANNEXES : LES STRUCTURES ET MEMBRES PRESSENTIS POUR COMPOSER LES COMMISSIONS DE TRAVAIL

COMMISSION 1 : favoriser l'accès aux soins à travers l'offre du territoire

- Valoriser l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé
- Accompagner les projets de constitution de MSP et de CTPS
- Accompagner les dispositifs mobiles dans un territoire à forte ruralité

Instance	Titulaire	Suppléant
MSP Levet	Virginie NEDELEC	
MSP Chateameillant	François Xavier MANZIOLS	
Maison médicale Dun		
MSP SAM	Michel MROZEK	
Clinique des grainetières	Celine BOILEVE	
CH Saint Amand	Fathia ZIDANE	
ACEP-CAET	Rémi SABLON	
Victorine et les chutes	Sylvaine RAMON	
coordinateur CTPS	quand la structure existera	
CDC ABC		
CDC CDF		
CDC BGS		
CDC du dunois		

COMMISSION 2 : favoriser la promotion de la santé

- Agir sur les déterminants de santé individuels
- Agir sur les approches de santé collectives

Instance	Titulaire	Suppléant
FJT Saint Amand Montrond	Léa FERNANDES-VARENNE	
CPIE Saint Amand	Mélanie COURET	
Association MIAM	Guy SAMIERI	
IREPS 18	Elodie BILLAUD	
EPI 18	Florence PARIS	AbdelKader CHEBCHOUB
CDOS	Jean-Philippe GUERTHAUD	
Cabinet SCoT		
MSA	Fabienne DOLGOWICZ	
DSDEN	Jennifer TIXIER	
Mairie de LAPAN	Madame RADUJET	
Service enfance jeunesse CDC BGS	Sandra RUESA	
Service enfance jeunesse CDC ABC	Mélanie MATHIOU	

Service enfance jeunesse CDC CDF		
habitant du quartier du Vernet (SAM)	David GAY ⁹	
CAF	Anna PLUQUIN	
MISSION LOCALE	David BONTEMPS	
CDC ABC		
CDC CDF		
CDC BGS		
CDC du dunois		

COMMISSION 3 : agir précocement sur les publics vulnérables

- **Permettre aux malades chroniques d'être acteurs de leur santé**
- **Développer des réponses et pratiques inclusives pour les personnes en situation de handicap**
- **Retarder la perte d'autonomie des personnes âgées**
- **Aider les aidants**

Instance	Titulaire	Suppléant
Pharmacie RENAUDOT	Magali RENAUDOT	
EHPAD Dun sur Auron	Bertrand DE GANAY	
CCAS Orval	Marylène MARTIN	
CLIC Lignièrès	Séverine TOURATON	
Plateforme de répit		
CRCDS	Emilie FETISSOF	
Vie Libre	Olivier CLEMENT	
Association diabétiques	Sylvie ROCHE	
PEP 18	Bruno CHERAULT	
ADAPEI		
ANPAA	Chloé MARCEL	
URIOPSS ¹⁰		
DEPARTEMENT 18		
CDOS	Jean-Philippe GUERTHAUD	
LOCCAL	Nicolas BERGER	
CDC ABC		
CDC CDF		

⁹ Handicapé physique (se déplace en fauteuil roulant, représentant des parents d'élèves sur le quartier du Vernet, adhérent du LOCCAL, membre du conseil des citoyens de SAM (collège habitants), référent de l'accessibilité pour les personnes en situation de handicap

¹⁰ Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés non lucratif Sanitaires et Sociaux

