

PRÉAMBULE

Les questions relatives à la santé constituent une préoccupation majeure sur notre territoire, la crise démographique des professionnels de santé que nous traversons ne fait qu'en renforcer l'importance.

Depuis septembre 2021, où la politique santé métropolitaine a été votée en Conseil métropolitain, nous avons fait de la santé une de nos priorités d'actions. Le Contrat Local de Santé (CLS) est un des moyens qui illustre notre ambition, au service du territoire, des professionnels qui le composent et de nos concitoyennes et concitoyens.

A cet effet, la signature du CLS, avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) Normandie et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) est un témoin de notre détermination pour mettre en œuvre cette exigence qu'est la nôtre autour d'une stratégie concrète en faveur de la santé de chacune et chacun.

Si ce contrat se veut être pragmatique, avec des actions concrètes, il se veut aussi être ambitieux pour l'avenir du territoire. La mobilisation collective, avec l'engagement de nombreux partenaires dans l'écriture de ce premier CLS, montre que c'est ensemble que nous réussirons à mieux répondre aux enjeux de santé sur notre territoire.

Pour autant, la pénurie médicale à laquelle nous faisons face rend l'accès aux soins difficile pour certains. Cette situation, sans l'installation de médecins généralistes, risque encore de se dégrader. Des ruptures dans les parcours de santé et des difficultés d'accès aux droits sont constatés sur notre territoire, touchant des personnes fragilisées par la maladie, le chômage ou la précarité. Cette situation complexe et multifactorielle explique l'orientation du premier axe « accès à la santé » du contrat.

La prévention et la promotion de la santé doivent également nous encourager à ne pas oublier le rôle joué par la formation, la culture, ou encore l'éducation dans la santé. Le deuxième axe du CLS déclinera des actions sur ces sujets. Enfin, du fait des compétences exercées par la Métropole (en termes de mobilité, de protection et de mise en valeur de l'environnement notamment), la prise en compte de la santé environnementale comme une composante essentielle de la santé, est un sujet majeur.

Dans sa conception et sa mise en œuvre le CLS métropolitain est fondé sur une approche collaborative et transversale afin de favoriser autant que possible la participation des habitants, des communes et des professionnels de santé dans une perspective de co-construction de l'ensemble de la démarche. C'est collectivement que nous avons arrêté les trois orientations stratégiques :

- l'accès aux soins et à la santé
- la prévention et la promotion de la santé,
- la santé environnementale.

Elles seront, pendant les cinq prochaines années, les fils conducteurs d'un programme d'actions qui fera l'objet d'un suivi régulier et d'une révision pour atteindre les objectifs fixés et éventuellement faire évoluer le contrat.

SOMMAIRE

Partie 1 : Introduction

1. Qu'est-ce qu'un Contrat Local de Santé (CLS) ?
 - 1.1 Définition
 - 1.2 La santé dans son acception la plus large
2. Organisation du CLS avec les différents projets en lien avec la santé
 - 2.1 Conformité du CLS avec les politiques structurelles en matière de santé
 - Projet Régional de santé,
 - Projet territorial de santé mentale
 - Plan régional santé environnement.
 - 2.2 Compatibilité du CLS avec les plans spécifiques déployés à l'échelle de la Métropole
 - Le Schéma de COhérence Territoriale (SCOT),
 - Le Plan Local d'Urbanisme Intercommunal (PLUI),
 - Le Programme Local de l'Habitat (PLH),
 - Le Plan Climat Air Energie Territorial de la Métropole Rouen Normandie,
 - Le Plan De Mobilité (PDM).
 - 2.3 Complémentarité du CLS avec les dispositifs existants
 - Les Contrats Locaux de Santé de Rouen, du territoire elbeuvien et de Saint-Étienne-du-Rouvray,
 - Le Contrat de ville,
 - Les Ateliers Santé Ville (ASV) de Canteleu, Saint-Étienne-du-Rouvray, Rouen et du territoire elbeuvien.
3. Élaboration du CLS métropolitain : une démarche participative

Partie 2 : Présentation du diagnostic partagé

1. Accès à l'offre de soins
 - Une offre inférieure à la moyenne nationale,
 - Une offre de soins fortement polarisée et vieillissante.
2. Déterminants socio démographiques
 - Une situation démographique dynamique,
 - De fortes disparités sociales,
 - Une faible espérance de vie avec de fortes disparités territoriales,
 - Une nette surmortalité chez les moins de 65 ans.
3. Santé environnementale
 - Les principales causes de décès : cancers et maladies cardiovasculaires,
 - Pathologies en lien avec l'environnement.

Partie 3 : Le contrat local de santé

1. Le contrat
2. Les axes stratégiques
 - L'accès aux soins et à la santé,
 - La prévention et la promotion de la santé,
 - La santé environnementale.
3. Les fiches actions

Partie 1 : INTRODUCTION

1. Qu'est-ce qu'un Contrat Local de Santé (CLS) ?

1.1 Définition

Le Contrat Local de Santé (CLS), mesure de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), a pour vocation de consolider le partenariat local sur les questions de santé dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé arrêté par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Le CLS métropolitain sera mis en œuvre pour une durée de 5 ans à compter de sa signature.

Ainsi, dans le cadre de la politique régionale santé de l'ARS Normandie, le CLS métropolitain vise à agir comme un levier de réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé sur son territoire.

Le CLS est un outil permettant d'agir sur les facteurs influençant (d'une manière positive ou négative) l'état de santé des populations, aussi appelés « **déterminants de santé** ». Il s'agit :

- Des caractéristiques individuelles irréductibles qui ont un impact sur la santé, comme l'âge ou le patrimoine génétique,
- De l'influence du comportement personnel et du style de vie de l'individu,
- Des réseaux sociaux autour de la personne et sur lesquels elle peut compter pour améliorer ses conditions de vie,
- Des facteurs matériels et structurels influençant l'état de santé (logement, conditions de travail, accès aux services),
- Des conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales d'un territoire.

1.2 La santé dans son acception la plus large

Les réactions aux divers déterminants de la santé sont très variables d'un individu à l'autre. Une grande partie des recherches montre que les effets néfastes sur la santé sont d'autant plus importants qu'ils affectent des populations dont les revenus sont bas.

Il est évident qu'un système de soins, aussi performant soit-il, ne peut pas, à lui seul avoir un impact important sur les déterminants de santé. Dans le but d'améliorer la santé de la population, il est nécessaire que les différents partenaires travaillent ensemble.

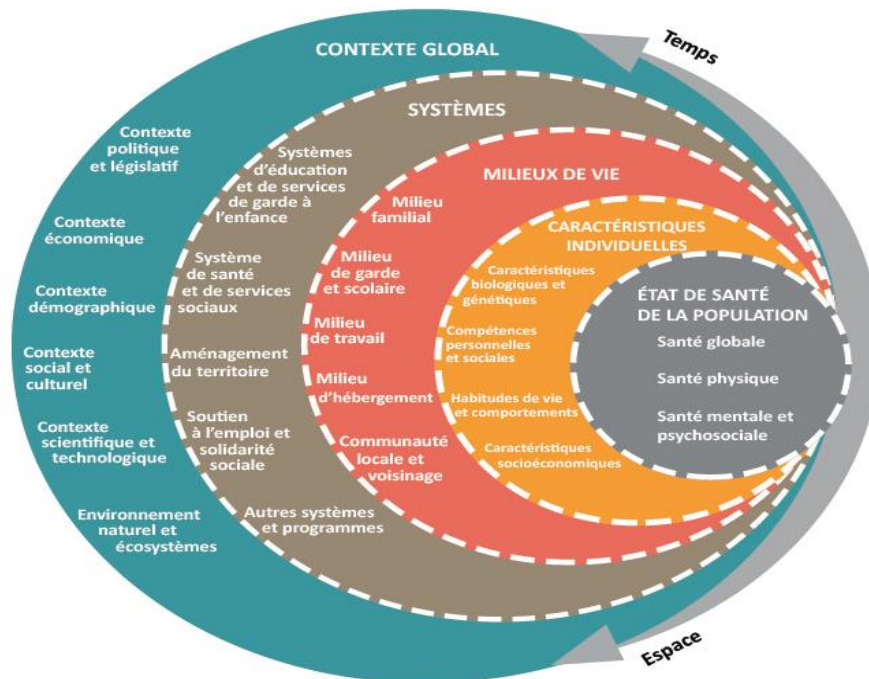
La Métropole Rouen Normandie compte ainsi utiliser ses compétences afin d'agir sur ses déterminants de santé. Le CLS participe au renforcement de l'efficacité de la mise en œuvre de la politique de santé au niveau local dans le respect des objectifs inscrits dans le Projet Régional de Santé (PRS). Il assure également la coordination des financeurs et des politiques impactant la santé mais aussi des acteurs, sur la base d'un diagnostic et de priorités partagés.

L'enjeu pour le CLS métropolitain est triple :

- Décliner d'une manière opérationnelle, sur l'ensemble de son territoire, la politique régionale de l'ARS Normandie,
- S'appuyer sur les dynamiques locales, sur les besoins et les leviers d'intervention identifiés afin de proposer des réponses de proximité aux communes et à leurs habitants.e.s,

- Articuler le CLS métropolitain aux autres dispositifs existants

CARTE DE LA SANTÉ ET DE SES DÉTERMINANTS



2. Organisation du CLS avec les projets en lien avec la santé

2.1 Conformité du CLS avec les politiques structurelles en matière de santé

Le Projet Régional de Santé (PRS), Agence Régionale de Santé de Normandie

La Stratégie Nationale de Santé (SNS), en cours d'actualisation, fixe les priorités du gouvernement en matière de santé pour une durée de cinq ans (2018-2022). Elle constitue le fil conducteur de toutes les mesures et de tous les plans et programmes à venir. Elle se décline via le Projet Régional de Santé.

Le Projet Régional de Santé 2018-2023 a pour ambition d'améliorer et préserver la santé, tout en veillant à ce que le système de santé soit sûr, de qualité, mieux coordonné et innovant. Il s'articule autour de trois enjeux majeurs : réduire les inégalités de santé, faire de la prévention le premier levier de la qualité du parcours de santé et de vie et accompagner la transformation du système de santé. L'ARS Normandie a placé la prévention et la promotion de la santé comme 1er levier du bien-être de la population agissant sur les déterminants de santé tout au long de la vie.

Le Projet Régional de Santé 2018-2023 de l'Agence Régionale de Santé définit 10 objectifs spécifiques déclinés en 32 objectifs opérationnels (cf. annexe). La dernière année du PRS étant dédiée à son évaluation et à sa réécriture, une troisième génération entrera en vigueur en fin d'année 2023.

Par ailleurs, le gouvernement a initié sur les territoires le Conseil National de la Refondation avec un volet santé comportant différents objectifs : identifier les nouveaux enjeux, améliorer l'accès à la santé pour tous les Français, développer la prévention à tous les âges, réparer l'hôpital public et les urgences. Les différents ateliers, qui se sont déroulés en Normandie en novembre 2022, ont permis d'identifier des enjeux forts qui seront à décliner sur les territoires et plus particulièrement au sein des CLS.

La Région Normandie est confrontée à une situation défavorable du point de vue de la démographie médicale, qui continue à se dégrader malgré les politiques volontaristes. C'est pour cela que la Métropole Rouen Normandie s'est engagée dans une démarche partenariale, dès 2021, afin d'encourager l'exercice coordonné et renforcer l'attractivité du territoire tout en maintenant un accès aux soins de proximité pour les métropolitains. Pour aller plus loin dans cette dynamique, comme nos partenaires institutionnels, nous avons pris en compte l'émergence de nouvelles modalités de coordination et d'exercice regroupé, telles que les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ou encore la télémédecine et la téléexpertise.

Le CLS s'inscrit pleinement au cœur de ces enjeux en ayant pour objectifs de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et de proposer des parcours de santé plus cohérents et adaptés à l'échelon intercommunal.

Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)

L'ARS a défini un plan déclinant les enjeux, les priorités et les objectifs stratégiques dans le champ de la santé mentale. Sur notre territoire, 6 priorités ont été identifiées :

- Priorité 1 : mettre en place un repérage précoce des troubles psychiques, l'élaboration d'un diagnostic et l'accès aux soins et aux accompagnements nécessaires,
- Priorité 2 : organiser le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture (troubles psychiques graves, en situation ou à risque de handicap psychique), en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale,
- Priorité 3 : permettre l'accès à des soins somatiques,
- Priorité 4 : prévenir et prendre en charge les situations de crise et d'urgence,
- Priorité 5 : promouvoir les droits, renforcer le pouvoir de décision et d'action des personnes souffrant de troubles psychiques et lutter contre la stigmatisation,
- Priorité 6 : agir sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de santé mentale.

Ce plan est décliné en Contrat Territorial de Santé Mentale (CTSM) sur le territoire sanitaire de Rouen-Elbeuf (2021-2025), regroupant une quarantaine d'objectifs opérationnels parmi lesquels figurent « l'amélioration de la coordination en santé mentale » pour laquelle un rapprochement avec les collectivités est attendu.

Effectivement, les conclusions du rapport de l'Observatoire Régional de la Santé et du Social (OR2S) de 2022 objectivent une consommation de soins hospitaliers et ambulatoires, en psychiatrie, supérieure aux valeurs d'hexagone. De plus, les écarts entre les territoires sont marqués avec un facteur social qui

joue sans conteste un rôle important, comme l'attestent les niveaux de recours particulièrement forts dans les communes comprenant un quartier prioritaire par rapport à celles qui en sont dépourvues.

Les enjeux en matière de santé mentale sur notre territoire sont importants, c'est pourquoi, le CLS métropolitain prévoit le déploiement d'actions opérationnelles sur ce sujet visant à soutenir les initiatives communales et à renforcer l'offre de soins (à travers l'investissement SEGUR et le projet clubhouse notamment).

Le Plan Régional Santé Environnement (PRSE) 3 et 4 de l'ARS Normandie

Élaboré en 2017 pour 5 ans, sous l'égide du Préfet de Région, du Directeur Général de l'ARS et du Président de Région, le PRSE3 décline le troisième Plan National Santé-Environnement en intégrant les particularités territoriales propres à la Normandie.

Construit avec l'objectif de réduire les expositions environnementales présentant un risque pour la santé des populations, ce plan couvre un large spectre de problématiques comme la protection de la ressource en eau, l'amélioration de la surveillance de la qualité de l'air extérieur, la qualité de l'air intérieur des bâtiments, la lutte contre les espèces nuisibles à la santé, les sites et sols pollués.

Ce plan porte l'ambition de rendre chacun acteur de sa santé et de son environnement par la sensibilisation de professionnels et de publics vulnérables, notamment les femmes enceintes ou les jeunes enfants. Il facilite les projets des collectivités visant un urbanisme et un cadre de vie favorable à la santé.

Cinq axes stratégiques sont définis dans le PRSE dont 2 recourent particulièrement les ambitions du CLS :

- Mieux observer, former et informer pour agir pour un environnement sain,
- Limiter l'exposition de la population.

Le PRSE 4 est en cours de construction, un bilan du PRSE3 a déjà été publié en janvier 2023. Le CLS métropolitain pourra s'inscrire dans les nouvelles orientations retenues par voie d'avenant.

2.2 Compatibilité du CLS avec les plans spécifiques déployés à l'échelle de la Métropole

Le Schéma de COhérence Territoriale (SCOT)

La Métropole Rouen Normandie compte aujourd'hui 71 communes, 498 822 habitants, sur un territoire de 664 km². Elle possède une identité à la fois urbaine et rurale (avec des espaces agricoles et forestiers). 45 de ses communes sont des « petites » communes, c'est-à-dire peuplées de moins de 4 500 habitants.

Le SCOT (Schéma de COhérence Territoriale), document d'urbanisme stratégique, permet de construire une vision d'avenir à l'échelle métropolitaine en planifiant et orientant l'aménagement de notre territoire pour les 20 prochaines années.

Celui approuvé en 2015 poursuit deux objectifs ambitieux à horizon 2033 susceptibles d'impacter la santé des habitant.e.s:

- « Améliorer le cadre de vie pour tous, en proposant une offre en logements, en infrastructures et en services diversifiée, adaptée et accessible à tous »,

- « Préserver l'environnement et les ressources naturelles du territoire, en protégeant les espaces naturels, agricoles et forestiers et en maîtrisant les nuisances (bruit, pollution...) et les risques ».

En application du Code de l'urbanisme, il a fait l'objet d'un bilan en 2021, analysant les résultats de son application. Au regard de ce bilan, la Métropole a décidé d'engager sa révision en élaborant un nouveau SCOT qui tiendra lieu de PCAET (Plan Climat Air Energie Territorial).

Le Plan Local d'Urbanisme Intercommunal (PLUi)

Le PLUi est un document de planification urbaine régissant le cadre du développement et de l'aménagement du territoire dans un souci de développement durable. Il définit à l'échelle locale un projet de développement à l'horizon d'une dizaine d'années, permettant d'anticiper et de programmer les besoins du territoire en termes d'emplois, de logements, de services, d'équipements, etc.

Pour répondre aux enjeux de santé environnementale, le projet de PLUi vise à améliorer la qualité de l'eau, de l'air et des sols ainsi qu'à limiter l'exposition de la population aux risques, nuisances et pollutions, en cohérence avec des documents cadres tels que le CLS, le Plan Régional Santé Environnement ou encore la Stratégie Locale de Gestion du Risque Inondation.

Il vise également à renforcer la cohésion sociale et la solidarité entre territoires et générations, en incitant à la création d'une diversité de typologies d'habitat répondant à la diversité des populations et de leurs besoins.

Le Programme Local de l'Habitat (PLH)

Le Programme Local de l'Habitat (PLH) est un document de planification qui s'applique sur tout le territoire de la Métropole pour une durée d'au moins 6 ans. Il s'articule avec les autres outils de la politique territoriale tels que le Schéma de Cohérence Territoriale (SCOT), le Plan Climat Air Energie Territorial (PCAET), le Plan de Mobilité (PDM), le Plan Local d'Urbanisme intercommunal (PLUi) et s'inscrit dans les réflexions engagées par la démarche COP21, pour prendre en compte les multiples enjeux de la transition énergétique et écologique.

Ses actions contribuent à améliorer les conditions de logement des ménages pour qu'elles soient favorables à leur bien-être et à leur santé, et à mieux répondre à leurs besoins : production de logements de qualité, rénovation thermique des logements, traitement des copropriétés dégradées, lutte contre l'habitat indigne et très dégradé, création de logements à destination de personnes à faibles ressources et défavorisées, des jeunes en insertion ou étudiants, des personnes âgées ou handicapées, ou visant la sédentarisation des gens du voyage.

Des actions spécifiques du PLH visent à mieux répondre aux besoins particuliers de logement des personnes handicapées et âgées.

Le Plan Climat Air Energie Territorial de la Métropole Rouen Normandie 2019-2025

Le Plan Climat Air Énergie Territorial (PCAET) est un projet de développement durable qui vise à lutter contre le changement climatique en réduisant les émissions de gaz à effet de serre, à améliorer la qualité de l'air et à adapter le territoire aux effets inéluctables de ce changement climatique.

A cet effet, la Métropole Rouen Normandie a adopté son Plan Climat Air Energie le 16 décembre 2019. La stratégie énergétique de la Métropole, qui s'appuie sur son schéma directeur des énergies, a permis de définir la feuille de route opérationnelle suivante :

- Accompagner le territoire vers un modèle « 100 % Energie renouvelable »,
- Réduire de 80 % les émissions de gaz à effet de serre à l'horizon 2050 (soit dépasser localement l'objectif national du « facteur 4 » représentant une baisse de 75 % de ces émissions),
- Réduire la facture énergétique du territoire, estimée à 1,4 milliard d'euros, au bénéfice des habitants et acteurs économiques, ainsi que la dépendance à des sources d'énergies polluantes,
- Améliorer la qualité de l'air sur son territoire, d'une part, en supprimant l'exposition des populations aux dépassements des seuils réglementaires en 2023 et en visant les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 2005, en termes de concentrations de polluants atmosphériques, à l'horizon 2030 ; et d'autre part, en réduisant les émissions de polluants atmosphériques, dont les deux principaux polluants identifiés dans le Plan de Protection de l'Atmosphère de la Seine-Maritime et de l'Eure (le dioxyde d'azote et les particules fines),
- Lutter contre le changement climatique en adaptant le territoire à ses impacts et en renforçant la réduction des émissions de gaz à effet de serre.

De cette feuille de route, plusieurs actions concernent le CLS, à savoir :

- Aménager le territoire pour favoriser les proximités et les mobilités décarbonées et en améliorant l'accès à l'offre de santé,
- Tendre vers un parc immobilier sobre et performant pour permettre aux habitants et entreprises de moins et mieux consommer et concourir à un urbanisme favorable à la santé.

Le Plan De Mobilité (PDM)

Par délibération du 14 décembre 2020, le Conseil Métropolitain a approuvé le lancement de la révision du PDM de la Métropole Rouen Normandie.

Le PDM définit les principes d'organisation de la mobilité des personnes et des marchandises, tous modes confondus, à l'échelle du ressort territorial de la Métropole et en lien avec les territoires limitrophes. C'est un document de planification qui anticipe les évolutions à moyen et long terme et qui vise un équilibre entre les besoins de mobilité, la protection de l'environnement et de la santé, le renforcement de la cohésion sociale et urbaine. C'est aussi un outil de programmation, qui doit prévoir les modalités de mise en œuvre et de financement de son plan d'actions.

La mobilité a des effets sur la santé aussi bien physique, sociale que mentale. Les effets les plus connus sont ceux liés :

- à la pollution atmosphérique engendrée par les véhicules,
- au bruit engendré par les véhicules,
- à l'activité physique induite par les modes actifs.

La santé est déterminée par des facteurs allant des individus, de leurs comportements au contexte dans lequel ils évoluent.

2.3 Complémentarité du CLS avec les dispositifs existants

Les Contrats Locaux de Santé de Rouen, du territoire elbeuvien et de Saint-Étienne-du-Rouvray

Dans un souci de cohérence et de lisibilité, il est proposé que le CLS métropolitain soit articulé avec les contrats locaux de santé, les projets ou les plans existants portés par les communes. Notre contrat doit veiller à soutenir ces démarches sans s'y superposer. Dès lors qu'elles rencontrent des priorités exprimées lors de l'élaboration du CLS, leurs déclinaisons doivent être facilitées.

Nous appliquerons le principe de subsidiarité et pourrons agir dans le cas où son action permet aux projets et plans existants de gagner en efficacité.

Le Contrat de Ville

Le Contrat de Ville 2015-2020 a été signé le 5 octobre 2015. Ce contrat vise à mieux coordonner les politiques urbaines, économiques et sociales en faveur des habitants des quartiers prioritaires pour la période 2015-2020. Outil au service de la solidarité territoriale, il constitue le cadre opératoire à la fois unique et partagé entre une diversité d'intervenants pour la mise en place des actions visant à résorber les inégalités entre les quartiers prioritaires et les autres (ils sont identifiés selon un critère unique, le niveau de revenu des habitants).

Le CLS constituera le volet santé du Contrat de Ville.

Les Ateliers Santé Ville (ASV) de Canteleu, Saint-Étienne-du-Rouvray, Rouen et du territoire elbeuvien

Les ASV s'inscrivent dans un réseau d'acteurs incontournables, institutionnels et associatifs (Education Nationale, Département de Seine-Maritime, établissements de soins, associations des champs sociaux et sanitaires/prévention/promotion de la santé, etc.).

Le référentiel national des Ateliers Santé Ville (15 mai 2012) rappelle que la démarche prend en compte le contexte nouveau issu des dispositions de la loi « Hôpital patients santé territoires » (HPST) et notamment la perspective d'élaboration des contrats locaux de santé entre les agences régionales de santé et les collectivités territoriales.

Destiné aux services de l'Etat, aux collectivités territoriales et aux ARS, ce référentiel vise notamment à :

- Clarifier le positionnement de l'ASV dans le contexte des politiques publiques de santé et de cohésion sociale. Ce dernier devra être en cohérence avec les actions conduites par les collectivités locales et répondre aux objectifs des programmes régionaux de santé, en s'appuyant sur les CLS, dans un objectif de réduction des inégalités sociales de santé,
- Harmoniser les pratiques en rappelant les principales composantes méthodologiques de la démarche et les conditions à respecter pour réussir son développement et suivre les activités qui en découlent.

L'ASV par son antériorité et sa connaissance du territoire constitue un appui pour le développement d'actions de prévention et de promotion de la santé dans les quartiers prioritaires de la ville (QPV) de Rouen, Saint-Étienne-du-Rouvray, Canteleu et Elbeuf.

Toutefois, le territoire de mise en place du CLS (71 communes) est plus large que celui sur lequel reposent les ASV de la Métropole Rouen Normandie. Ainsi, les champs d'application des actions ne seront pas les mêmes, écartant le risque de juxtaposition entre le CLS Métropolitain et les actions menées dans les ASV.

3. Elaboration du CLS métropolitain : une démarche participative

Le CLS s'est construit sur 18 mois, dans une démarche participative, avec une volonté d'associer les différents acteurs pouvant agir sur la santé de la population.

- *Mars 2022* : Elaboration d'un diagnostic territorial,
- *Juin 2022* : Mise en place d'une concertation auprès des habitants de la Métropole,
- *Septembre 2022* : Mise en place du Comité de pilotage composé de l'ARS et de la CPAM. Le Comité de pilotage (COFIL) a validé la démarche de construction du CLS et les modalités de concertation,
- *Novembre à décembre 2022* : Présentation de la démarche et concertation auprès des communes.
- *Janvier 2023* : Rencontre avec les coordinateurs de dispositifs communaux (ateliers santé ville, contrats locaux de santé),
- *Janvier 2023* : Concertation avec les professionnels de santé libéraux,
- *Janvier à mars 2023* : Concertation avec des établissements de santé du territoire de la Métropole,
- *Février 2023* : Mise en place d'un groupe de travail spécifique avec les communes volontaires,
- *Mars 2023* : Validation des axes structurants du CLS par le COFIL.

Des groupes de travail en interne et en externe à la Métropole ont été organisés de novembre à mars 2023. Ils ont réuni environ 130 participants, associant des élus, techniciens et professionnels du champ de la santé, du social et du médico-social. Après avoir échangé sur les enjeux, les groupes ont proposé des objectifs et des actions à développer.

PARTIE 2 : PRÉSENTATION DU DIAGNOSTIC PARTAGÉ

Un diagnostic santé a été élaboré à l'échelle du territoire métropolitain. Il s'appuie sur des éléments quantitatifs et qualitatifs permettant de réaliser un état des lieux de la situation socio-sanitaire. Le contexte démographique et la situation sociale du territoire ont également été étudiés. Le but était d'identifier un profil sanitaire des différentes composantes territoriales de la Métropole, et notamment des communes relevant de la politique de la ville, afin de fournir des éléments de compréhension des enjeux.

La connaissance fine des territoires apparaît en effet, dans un objectif de réduction des inégalités sociales et spatiales de santé, comme primordiale.

Guidé par ces objectifs, plusieurs méthodes ont été utilisées :

- Enquête territoriale quantitative menée par l'OR2S
- Réunions avec les communes sur leurs besoins et attentes sur la santé,
- Enquêtes auprès des habitants : 600 réponses,
- Réunion publique avec les professionnels de santé
- Concertation avec des établissements de santé du territoire métropolitain.

1. Accès à l'offre de soins

- Une offre inférieure à la moyenne nationale

L'offre en professionnels de santé libéraux est, dans la Métropole Rouen Normandie, nettement supérieure à celle de l'ensemble de la France hexagonale. Toutefois, cette comparaison est à relativiser car les grandes villes accueillent plus de professionnels de santé que les zones rurales. C'est pourquoi la comparaison avec les autres métropoles de droit commun est sûrement plus pertinente et celle-ci vient ainsi nuancer ce premier constat.

En effet, **la densité de médecins généralistes libéraux est la troisième plus faible des métropoles**, elle est l'avant-dernière pour l'ensemble des généralistes (salariés et libéraux).

Les densités de médecins spécialistes sont également parmi les plus faibles : quinzième rang sur 19 pour l'ensemble des spécialistes et seizième pour ceux ayant une activité libérale.

Pour les autres professionnels de santé, la Métropole Rouen Normandie enregistre **les plus faibles densités de masseurs-kinésithérapeutes libéraux et de psychologues libéraux**. Elle se situe à **l'avant-dernière place** pour la densité de **chirurgiens-dentistes libéraux**, ainsi que pour celle de **sages-femmes** ayant une activité libérale.

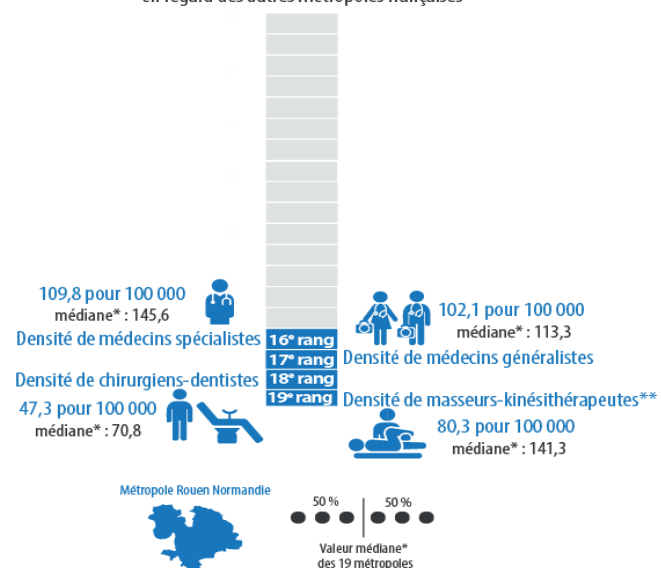
- Une offre de soins fortement polarisée et vieillissante

L'analyse spatiale permet de faire ressortir les difficultés d'accès pour la consultation d'un médecin. Ainsi, les alentours de Saint-Martin-de-Boscherville sont soumis à un déficit en termes de densité (52,6 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants). De plus, ce territoire ne dispose pas de « voisins

Professionnels de santé libéraux

au 1^{er} janvier 2021

Classement de la Métropole Rouen Normandie en regard des autres métropoles françaises



» ayant une forte densité de médecins pour compenser ce déficit. C'est même l'inverse puisque seuls deux praticiens exercent sur la commune voisine de Petite Couronne, soit une densité de 23,1 pour 100 000 habitants. En revanche, la commune de Caudebec-lès-Elbeuf ne compte certes que trois médecins (densité de 29,5 pour 100 000 habitants), mais les communes voisines de Saint-Aubin-lès-Elbeuf et d'Elbeuf enregistrent des densités respectives de 132,9 et de 123,4.

Au 1er janvier 2021, la Métropole Rouen Normandie est soumise au processus de vieillissement des médecins généralistes libéraux, à l'instar des niveaux régional et national. En effet, 48,3 % des médecins ont 55 ans ou plus, ils sont plus d'un tiers à avoir au moins 60 ans (soit 64 médecins de 55-59 ans et 179 de 60 ans ou plus). Les parts relevées aux niveaux national et régional sont comparables pour les deux groupes d'âge.

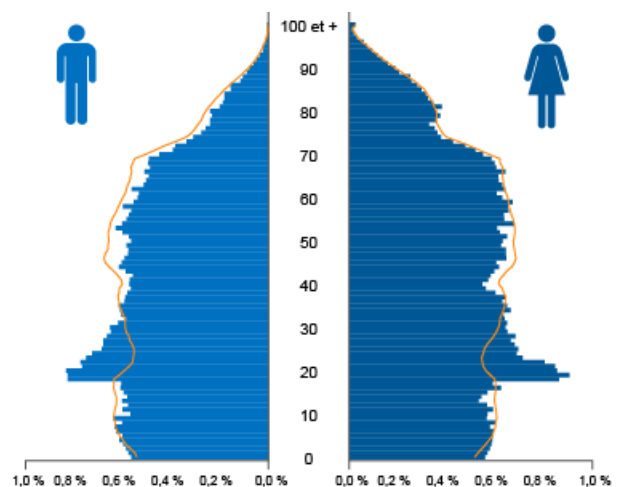
Si globalement le processus de vieillissement au sein de la métropole normande apparaît identique à ceux du pays et de la région, ce constat masque des disparités spatiales au niveau infra-métropole qui pourraient être problématiques à l'avenir. Ainsi, pour neuf communes, la part des médecins de 60 ans et plus est supérieure à 40 %, quatre communes en comptant même plus d'un sur deux.

Conclusion : Le niveau insuffisant de l'offre de soins corrélée à de très fortes disparités spatiales explique la structuration de l'axe n°1 du contrat local de santé centré sur l'accès à la santé. Cet axe vise à faciliter l'exercice coordonné, renforcer les structures existantes et encourager l'innovation afin de permettre l'accès aux soins pour tous.

2. Déterminants socio démographiques

- Une situation démographique dynamique

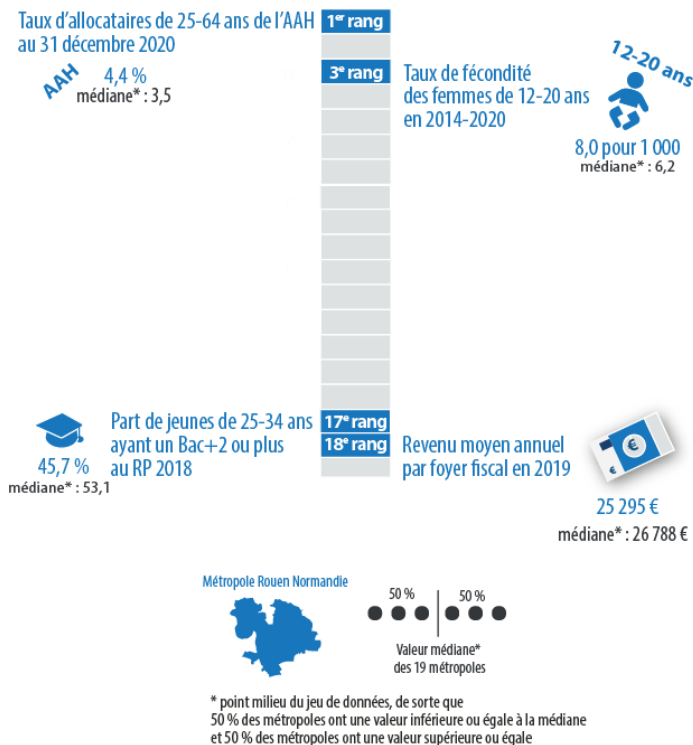
Avec un peu plus de 490 000 habitants, répartis sur 71 communes, la Métropole Rouen Normandie est **septième sur les dix-neuf métropoles de droit commun les plus peuplées** mais se retrouve en fin de classement pour sa densité (quinzième avec 742 habitants au km² contre 978 en valeur médiane), dont 111 360 habitants sont polarisés sur la commune de Rouen.



- De fortes disparités sociales

Situation sociale

Classement de la Métropole Rouen Normandie en regard des autres métropoles françaises



La situation sociale de la Métropole Rouen Normandie est l'une des moins favorables des métropoles de droit commun. Ainsi, le taux d'allocataires de 25-64 ans de l'allocation adulte handicapé (AAH) est le plus élevé et celui des allocataires du **Revenu de Solidarité Active (RSA) est le troisième taux le plus élevé**. La vulnérabilité sociale se mesure également à partir du revenu moyen annuel par foyer fiscal. Celui-ci situe la Métropole Rouen Normandie à l'avant-dernier rang du classement. Les indicateurs relatifs à l'éducation et à la scolarité apparaissent également dégradés en comparaison des autres métropoles de droit commun. Ainsi, la Métropole Rouen Normandie présente la **troisième part la plus élevée de jeunes de 25-34 ans non scolarisés** pas ou peu diplômés et la troisième part la plus faible pour ceux ayant un bac+2 ou plus. La part

des jeunes de 18-24 ans est l'une des plus faibles, et parmi ces jeunes, ceux scolarisés sont en proportion également moindre (sixième part la plus faible).

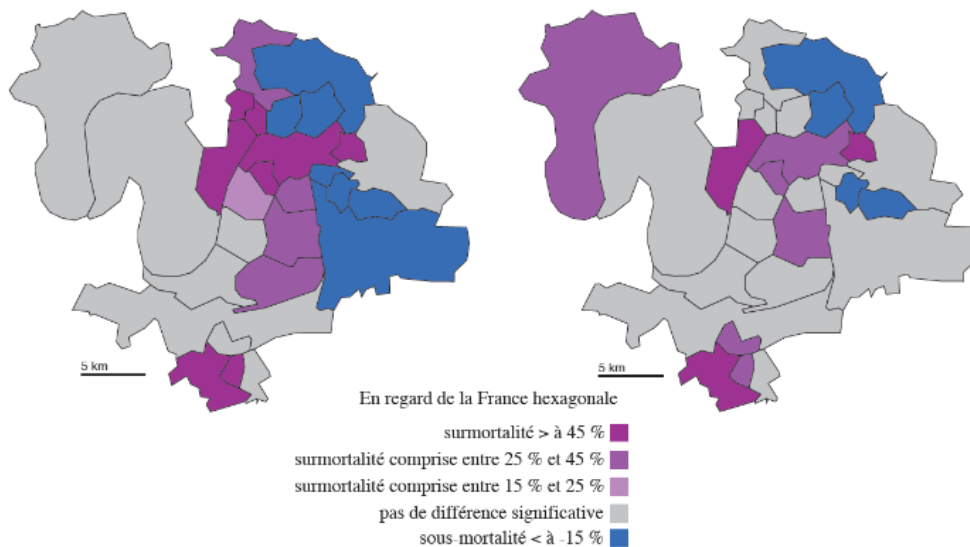
De plus, la fécondité des jeunes femmes est également un marqueur social du fait du risque plus important de précarisation et d'exclusion sociale. **La métropole normande enregistre le troisième taux de fécondité des femmes de 12-20 le plus élevé.**

L'aspect préoccupant des inégalités, au sein de la Métropole Rouen Normandie, tient dans l'accumulation des difficultés économiques et sociales sur certains territoires.

- Une faible espérance de vie avec de fortes disparités territoriales

Sur la période 2011-2017, les hommes domiciliés dans la Métropole Rouen Normandie ont une espérance de vie à la naissance de 77,8 ans, celle des femmes est de 85,0 ans. Ces valeurs sont respectivement inférieures de 1,4 et 0,4 année à celles de la France, mais pratiquement équivalentes à celles de la Normandie. Au sein de la métropole, les disparités sont marquées. D'une part, entre communes sans QPV, dont les espérances de vie sont équivalentes à celles de l'Hexagone et, d'autre part, les communes avec QPV, dont les espérances de vie se situent en dessous de celles de la région. Pour ces dernières, l'écart avec la France et la région est plus particulièrement marqué pour les hommes (-2,4 ans d'espérance de vie au regard du niveau national et un peu plus d'un an avec le niveau régional). De manière plus large, de fortes disparités sont relevées au sein de la métropole, là encore plus marquées chez les hommes. Un écart de 10 ans d'espérance de vie masculine est relevé entre territoires extrêmes ; chez les femmes, il est de l'ordre de 6,5 ans.

- Une nette surmortalité chez les moins de 65 ans



Sur la période 2011-2017, chez les personnes domiciliées dans la Métropole Rouen Normandie, **plus d'un décès masculin sur quatre est survenu avant 65 ans** (soit 598 décès annuellement), ainsi que plus d'un décès féminin sur sept (soit 293 décès annuellement). À l'instar des niveaux national et régional, le taux standardisé de mortalité prématurée masculine dépasse très largement celui des femmes (+125 % pour la métropole).

En comparaison à la France, la situation du territoire peut être considérée comme dégradée, avec une surmortalité prématurée de 23 % pour les hommes et de 16 % pour les femmes. Dans les communes avec QPV, la situation est encore plus défavorable avec une surmortalité masculine de 39 % et une surmortalité féminine de 27 %.

Les écarts entre territoires sont conséquents, avec une mortalité prématurée qui varie d'un à trois chez les hommes et pratiquement d'un à cinq chez les femmes.

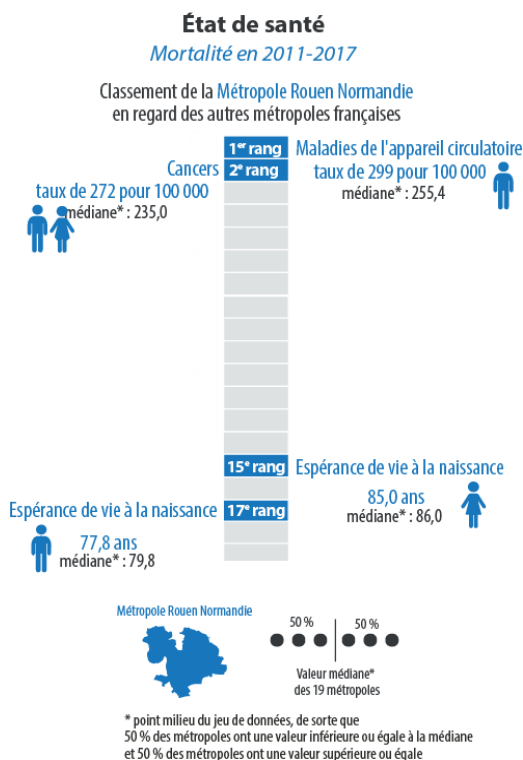
Au niveau infra métropolitain, la mortalité prématurée est très hétérogène et varie du simple au triple aussi bien chez les hommes que chez les femmes. La mortalité prématurée des femmes est globalement bien corrélée avec celle des hommes. La mortalité prématurée est la plus élevée à Elbeuf, Darnétal, Canteleu, Petit-Quevilly, Saint-Étienne-du-Rouvray et dans la Vallée du Cailly (communes situées au nord-ouest de Rouen), et la plus basse dans les communes du Plateau nord de Rouen (Bois-Guillaume – Bihorel, Isneauville et alentours...) et celles situées dans le Plateau est de Rouen (hormis Darnétal).

Conclusion : L'état de santé de la population métropolitaine, la situation sociale et le fort taux de mortalité évitable ont conduit la Métropole à construire l'axe 2 du CLS autour de la prévention/promotion de la santé. Ce dernier projette des actions en faveur des jeunes en situation de précarité, prévoit le développement de formation auprès des professionnels du territoire et des médiations culturelles et sportives afin de permettre le déploiement de campagnes de communications positives sur le dépistage, au plus près des communes volontaires.

3. Santé environnementale

L'état de santé d'une population est la conséquence de nombreux facteurs et déterminants environnementaux, sociaux, économiques et individuels. Ainsi, les taux de mortalité et de morbidité constatés et utilisés pour décrire l'état de santé ont des causes multifactorielles dont notamment les pratiques de prise en charge et d'accès aux soins des patients et la conséquence de nombreuses années d'exposition.

- Les principales causes de décès : cancers et maladies cardiovasculaires



Par causes de décès, **la mortalité masculine par maladies cardiovasculaires est à mettre en avant. Le taux standardisé y est le plus élevé des métropoles.** Au sein de ce grand groupe de décès, une situation analogue est relevée pour les cardiopathies ischémiques (taux le plus important) et, toujours pour les hommes, les maladies vasculaires cérébrales placent la métropole en deuxième position des taux les plus élevés. **Chez les femmes, le taux de mortalité par maladies cardiovasculaires est le cinquième le plus important, il est le deuxième pour les cardiopathies ischémiques et le cinquième pour les maladies vasculaires cérébrales.**

Tous sexes confondus, le taux de mortalité par cancers est le deuxième le plus élevé des métropoles. Concernant les localisations cancéreuses, le côlon-rectum place également la métropole à la seconde place des taux les plus importants, celui des voies aéro-digestives supérieures est le troisième le plus élevé de même que le cancer du sein pour les femmes. Pour les hommes, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon arrive en cinquième position et celui de la prostate en sixième.

Concernant les autres causes de décès qui placent la métropole en haut de classement des taux les plus importants, **les maladies de l'appareil digestif, les pathologies contribuant à la mortalité évitable, celles liées à la consommation d'alcool** sont à mentionner, avec des taux qui sont les deuxièmes ou troisièmes les plus élevés des métropoles.

A l'échelle régionale, entre 2000-2012, 8 538 Normands sont décédés en moyenne chaque année des suites d'un cancer. Chez les hommes, le cancer du poumon, bronches et trachée est la première cause de mortalité par cancer, représentant près d'un quart des décès par cancer (24 %) suivi de la prostate et du côlon rectum (10 % chacun).

Chez les femmes, le cancer du sein est la première cause de mortalité par cancer représentant près d'un cinquième des décès par cancer (18 %) suivi du côlon rectum (12 %) et du poumon (10 %).

- Pathologies en lien avec l'environnement

Le lien entre environnement et santé demeure complexe à décrire pour de nombreuses pathologies aux origines souvent multifactorielles et pour lesquelles les données ne sont pas accessibles ou pertinentes à une échelle territoriale fine.

Ainsi, pour les cancers, il faut rappeler qu'en l'état actuel des connaissances, il est difficile d'estimer la part des cancers liés aux expositions environnementales à l'exception de rares cas. Toutefois, le lien entre certains cancers et des expositions environnementales a été établi par l'OMS entre 12 % et 29 %.

Pour certaines localisations de cancers, les facteurs environnementaux sont suspectés ou identifiés comme déterminants. Il s'agit notamment des cancers du poumon, de la peau, de la plèvre et des lymphomes non Hodgkiniens, en sachant que notre territoire présente une situation plus dégradée qu'au niveau national pour les cancers de la trachée, des bronches et du poumon.

Les indicateurs de morbidité et de mortalité pour les cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires cérébrales sont également préoccupants. Certains de leurs facteurs de risque sont liés à la santé environnementale (sédentarité, obésité, alimentation non équilibrée...).

Enfin, nous observons des taux d'hospitalisation pour asthme plus élevés qu'en moyenne en France et un risque d'exposition à certains pollens (bouleau et graminées) relativement important. L'incidence des bronchites pulmonaires chroniques obstructives est similaire que sur le plan national mais en augmentation.

Enfin, la Métropole a réalisé en 2022 une première évaluation quantitative des impacts sur la santé (EQIS) étudiant le fardeau à minima de la pollution aux particules fines (PM 2,5) sur la santé de la population du territoire pour la période 2015-2016.

Ce fardeau représente ainsi près de 400 décès en moyenne par an sur le territoire selon les niveaux de pollution observés (11,79 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ en moyenne mesurés sur cette période), soit environ 9 % de la mortalité totale des personnes âgées de 30 ans et plus et une perte d'espérance de vie d'environ 1 an. Par ailleurs, si les niveaux de pollution sur cette période avaient respecté la valeur seuil de l'OMS de 2005 (10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ en moyenne annuelle), qui est aussi l'objectif affiché par le PCAET de la Métropole à l'horizon 2030, environ 110 décès en moyenne par an auraient pu être différés. D'autre part, même si les résultats de l'EQIS pour les effets à court-terme (hospitalisations, passages aux urgences) paraissent moindres en comparaison avec les effets à long-terme, ils montrent que les jours de pollution aux particules fines dépassant les valeurs guides de l'OMS peuvent affecter sensiblement les personnes de tous les âges.

Il serait donc souhaitable d'un point de vue sanitaire de se rapprocher des nouveaux seuils de l'OMS, bien que les actions pour y parvenir nécessiteraient d'être sensiblement renforcées. Cela aurait une incidence notable sur les actions de la collectivité en matière de qualité de l'air et supposerait une intervention indispensable d'autres collectivités à l'échelle d'actions plus larges (régionale et nationale notamment via le Plan de Protection de l'Atmosphère, le Schéma Régional d'Aménagement, de Développement Durable et d'Égalité des Territoires et le Plan national de réduction des émissions de polluants atmosphériques). Il serait nécessaire que ces actions participent à baisser durablement les niveaux de pollution de l'air (émissions comme concentrations) afin de limiter l'exposition tout au long de la vie de la population, et par conséquent réduire le nombre et la gravité des effets sur la santé, notamment sur les enfants et les personnes fragiles.

Conclusion : Les données relatives à la mortalité et à la mortalité évitable caractérisent un territoire particulièrement concerné par les pathologies liées aux cancers respiratoires, pulmonaires et aux maladies cardiovasculaires pour lesquelles les facteurs de risques environnementaux sont identifiés. Ainsi, la Métropole utilise ses compétences en matière de santé environnementale (axe 3 du CLS) afin d'agir sur l'ensemble des déterminants de la santé. Cette acception de la santé qui met l'accent sur le bien-être de la population permet d'agir à la fois sur les déterminants de la santé physique, mais aussi sur l'environnement dans lequel les individus se trouvent tout au long de la vie.

PARTIE 3 : LE CONTRAT LOCAL DE SANTE

1 Le contrat

Champ du contrat (cadre juridique)

Vu l'article L. 1434-2 du Code de la Santé Publique (CSP) créé par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST, modifiée, qui dispose que « la programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé... » ;

Vu l'article L. 1434-17 du CSP qui dispose que « la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'Agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social » ;

Vu l'arrêté du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Normandie, en date du 10 juillet 2018, portant adoption du Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2023 et l'arrêté modificatif de ces mêmes PRS en date du 10 septembre 2018.

Article 1 : Parties signataires du contrat

Les signataires de ce contrat sont :

- * L'Agence Régionale de Santé de Normandie, représentée par son Directeur Général, Monsieur Thomas DEROCHE, dûment habilité,
- * La Caisse Primaire d'Assurance Maladie Rouen Elbeuf Dieppe, représentée par son Directeur Général, Monsieur Serge BOYER, dûment habilité,
- * La Métropole Rouen Normandie, représentée par son Président, Monsieur Nicolas MAYER-ROSSIGNOL, dûment habilité par une délibération du Conseil métropolitain en date du 29 juin 2023.

Article 2 : Périmètre géographique du contrat

Le CLS se décline sur le territoire métropolitain, à l'échelle des 71 communes. Une attention particulière est apportée aux communes ou groupement de communes disposant déjà d'un CLS ou d'un atelier santé ville. Ces communes seront associées étroitement dans la gouvernance du CLS de la Métropole Rouen Normandie.

Article 3 - Le pilotage et le fonctionnement

Le CLS métropolitain est envisagé comme un outil opérationnel afin de répondre aux enjeux de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Il s'agit, par ailleurs, d'assurer la coordination générale au travers de l'animation des instances propres au CLS, mais aussi d'accompagner les instances techniques et/ou thématiques qui en découlent. Le CLS propose donc une organisation bâtie sur un système de gouvernance où sont identifiées les sphères partenariales, décisionnelles et techniques.

Article 4 – Un socle de valeurs communes

Le CLS métropolitain s’est construit sur un socle de principes et des valeurs partagés par l’ensemble des partenaires, des communes, des professionnels de santé, des établissements de santé et des institutions qui ont été associés dans la définition du CLS. Ces derniers sont les suivants :

- Un objectif de réduction des inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé,
- Le souhait d’intégrer le principe d’universalisme proportionné,
- Une volonté forte d’agir sur l’ensemble des déterminants de la santé,
- Des actions renforçant la capacité d’agir des professionnels et des élus.

Article 5 – L’instance partenariale

Elle est composée des acteurs de la santé du territoire au sens large, des élus des villes ayant un CLS ou un atelier santé ville, des professionnels représentant les institutions sanitaires et médico-sociales, des structures associatives, des représentants des usagers. Cette instance se réunit une à deux fois par an et consiste en un temps de débat, de concertation et d’échange.

Les instances démocratiques représentatives (Conseil territorial de santé, conférence régionale de la santé et de l’autonomie etc..) pourront être mobilisées en fonction du besoin : avis consultatif sur une action en cours, participation des habitants à l’élaboration d’une action, à sa mise en œuvre, en tant que bénéficiaire ou encore à l’occasion de l’évaluation du CLS.

Article 6 – Gouvernance

6.1 L’instance décisionnelle : Le comité de pilotage

Le comité de pilotage fixe les objectifs spécifiques et opérationnels partagés, il valide les programmations et engage les leviers et mécanismes de mise en œuvre. Il suit la construction et la mise en place du CLS ainsi que la production des fiches actions.

Ce comité :

- Partage les grandes orientations du CLS,
- Valide l’avancée de la programmation,
- Se prononce sur l’arrêt, la poursuite ou le renforcement d’une action en cours,
- Décide du démarrage d’une nouvelle action,
- Procède, le cas échéant à des réorganisations stratégiques,
- Procède à la validation de l’évaluation du CLS,
- Veille à la bonne articulation du CLS et des politiques publiques de santé.

Le comité de pilotage est composé des signataires du contrat.

En fonction de l’ordre du jour, il est possible d’y associer ponctuellement, à titre consultatif, d’autres partenaires (notamment les représentants des dispositifs « associés » et les futurs porteurs de projets).

Le COPIL se réunit au minimum une fois par an, et à la demande, pour toute question qui nécessiterait une prise de décision ayant trait au bon fonctionnement du CLS lui-même et de ses instances.

6.2 Les instances techniques

Les commissions thématiques

Elles constituent la structure opérationnelle du CLS. Organisées deux fois par an pour chaque axe, les trois commissions portent sur l'élaboration et la mise en œuvre concrète des actions ainsi que sur l'identification de nouveaux besoins émergents. Elles ont également pour objet de préparer le comité de pilotage annuel en :

- Identifiant les axes de travail,
- Proposant les engagements,
- Suivant la mise en œuvre des actions et les évaluant,
- Veillant à la cohérence entre les différentes démarches territoriales de santé,
- Donnant une vision d'ensemble de la démarche et de son avancement,
- Préparant le bilan des actions,
- Proposant la réorientation, l'arrêt ou la création d'actions et le déploiement de moyens.

Ces commissions sont copilotées par les signataires du contrat et composées des partenaires positionnés sur des niveaux opérationnels (notamment les porteurs de fiches actions) et des acteurs locaux volontaires. Le coordonnateur du CLS se positionne comme facilitateur et en soutien des partenaires dans leur mission de pilotage des actions et d'animation de ces commissions de travail thématiques.

La cellule projet

La mise en œuvre du contrat est assurée par un coordonnateur qui anime le CLS et renforce le lien entre les différentes instances. Il s'appuie notamment sur la cellule projet interne à la Métropole qui contribue à :

- Traduire opérationnellement les actions menées par la Métropole,
- Articuler et veiller à la cohérence des différentes démarches territoriales sur le plan organisationnel et des contenus.

En plus du coordinateur du CLS, un ou plusieurs représentants de l'ARS ainsi qu'un ou plusieurs représentants de la CPAM pourront participer à cette cellule projet qui se réunira au minimum 2 fois par an.

Article 7 : Durée du contrat

Le présent contrat est valable cinq ans, à compter de la date de sa signature.

Article 8 : Révision du contrat

Le présent contrat pourra être révisé et complété par les parties au cours de ces 5 années. Chaque révision donnera lieu à un avenant. Le CLS fera l'objet d'un bilan annuel, sous forme d'un rapport d'activité. Ce bilan pourra, le cas échéant, donner lieu à l'adoption d'un avenant, notamment pour élargir ou réviser le plan d'actions.

Fait à Rouen , le

L'Agence Régionale de Santé de Normandie,
Le Directeur Général
Monsieur Thomas DEROCHE,

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie Rouen Elbeuf Dieppe,
Le Directeur Général
Monsieur Serge BOYER,

La Métropole Rouen Normandie,

2 Les axes stratégiques

AXE 1 : L'ACCES AUX SOINS ET A LA SANTÉ

PROBLÉMATIQUE

La Métropole Rouen Normandie est confrontée à l'inégale répartition de l'offre de santé sur son territoire, polarisée autour de Rouen et sa proche agglomération. Les populations vieillissantes et parfois confrontées à la précarité, rencontrent plus de difficultés pour accéder aux soins. Par ailleurs, des territoires sont confrontés au départ de leurs professionnels de santé qui, arrivés à l'âge de la retraite, peinent à trouver des remplaçants. Ces situations inquiètent, à juste titre, nos élu.e.s qui se saisissent fortement du dossier de l'organisation des soins. A cet effet, la Métropole Rouen Normandie a fait le choix de soutenir des dispositifs visant à structurer l'offre de soins, notamment à travers les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

Les MSP et les CPTS constituent deux évolutions importantes dans l'organisation de l'offre de premier recours. Elles permettent de développer une offre de santé de proximité efficace et proposent des missions de prévention en santé inscrites dans l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) qui structure et finance ces deux dispositifs de premier recours. Par ailleurs, les MSP représentent un mode d'exercice attractif pour les professionnelles et professionnels de santé libéraux.

Les CPTS quant à elles structurent les acteurs du soin sur un territoire en lien avec les secteurs sanitaire, médico-social et social et poursuivent quatre missions socles :

- Améliorer l'accès aux soins : faciliter l'accès à un médecin traitant et améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville,
- Organiser des parcours pluri professionnels autour du patient,
- Développer des actions territoriales de prévention,
- La participation à la réponse aux crises sanitaires.

La Métropole Rouen Normandie soutient ces dispositifs à travers le financement des projets de santé portés par des professionnels de santé. Par ailleurs, elle finance un réseau inter-CPTS, à l'échelle métropolitaine (l'APSAR+), afin de favoriser et faciliter le déploiement de cet exercice coordonné. Au-delà des facilités d'accès à un médecin traitant, les MSP et les CPTS sont autant d'opportunités de développer des actions de prévention ciblées répondant aux besoins spécifiques du territoire.

Parallèlement, des initiatives et des expérimentations portées par des professionnels de santé émergent, visent à densifier l'offre de soins et à apporter une réponse aux besoins de la population. Le CLS offre le cadre idoine pour soutenir ces actions et les rendre davantage visibles.

Cet axe prévoit également de renforcer l'offre de soins à travers le financement Ségur et de soutenir des expérimentations innovantes comme l'interprétariat instantané, gratuit pour les professionnels de santé qui soignent des patients allophones, ou le soutien aux dispositifs de répit destinés aux aidants et aux patients.

CONSTATS PARTAGÉS

Le territoire métropolitain présente deux problématiques fortes : la faible démographie médicale et la question de la mobilité et donc de l'accessibilité des services de soins. Cette question de la mobilité crée d'autant plus d'isolement que certaines personnes sont difficiles à repérer et à mobiliser. Il y a ici une forte nécessité de développer des actions qui relèvent de l'aller vers, d'un renforcement de la proximité notamment grâce à la téléexpertise ou à la médiation pour la santé.

Par ailleurs, sur la Métropole Rouen Normandie, nous constatons :

- Une offre de soins importante des établissements hospitaliers pivots, de niveau régional,
- Une proportion de médecins généralistes de plus de 60 ans supérieure à la moyenne nationale,
- Une offre en second recours diversifiée mais concentrée autour de Rouen, posant la problématique d'accès aux soins pour les personnes isolées, en situation de précarité en termes de transports et d'informations,
- Un manque de spécialistes notamment de dentistes, psychiatres, ophtalmologues ce qui engendre des délais d'attente et de prise en charge très longs.

ENJEUX PRIORITAIRES DU TERRITOIRE

- Soutenir le développement de l'exercice coordonné et l'émergence de projets d'exercice regroupé et/ou innovants,
- Renforcer l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé.

SYNTHESES DES OBJECTIFS ET DES ACTIONS DE L'AXE 1

Objectif 1	Faciliter l'exercice coordonné
Action 1	Développer la téléexpertise entre la médecine de ville, les spécialistes et les centres hospitaliers du territoire métropolitain,
Action 2	Soutenir le développement des réseaux de santé,
Action 3	Soutenir le développement des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP).
Objectif 2	Renforcer les structures existantes et encourager l'innovation afin de permettre l'accès aux soins pour tous
Action 4	Création d'une plateforme santé,
Action 5	Renforcer l'offre de soins à travers les financements SEGUR,
Action 6	Déploiement de l'interprétariat,
Action 7	Diagnostic de mobilité sur l'accès à l'offre de soins,
Action 8	Développement des formations en odontologie,
Action 9	Soutenir les dispositifs de répit destinés aux aidants et aux patients.

AXE 2 : LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ

PROBLÉMATIQUE

La Métropole Rouen Normandie présente une situation préoccupante en matière de mortalité évitable et prématurée (avant 65 ans), notamment chez les hommes. La présence d'inégalités sociales et territoriales de mortalité, de morbidité et de qualité de vie est également à souligner. Les fortes disparités socio-spatiales entre les territoires de la métropole indiquent une concentration des populations aux situations sociales les plus défavorables sur quelques territoires. L'ensemble des communes qui n'ont pas de quartier prioritaire de la ville présentent le plus souvent des indicateurs sociaux qui sont plus favorables que ceux relevés en France et en région, à l'inverse de celles avec QPV qui présentent des indicateurs particulièrement dégradés.

Nous le savons, l'organisation du système de santé est principalement tournée vers le curatif. Or, les causes de cette mortalité prématurée et des maladies chroniques sont principalement à rechercher dans les conditions et modes de vie des habitants, la qualité de l'environnement et des conditions de travail. Les facteurs sociaux et environnementaux expliquent 80 % des inégalités sociales de santé, très loin devant les facteurs directement liés à l'organisation des soins. Il convient donc de renforcer les actions sur les déterminants de santé et de rendre le système de santé plus préventif qu'il ne l'est aujourd'hui.

Le cadre d'orientation stratégique de l'ARS Normandie fait de la promotion de la santé un enjeu majeur pour agir sur les déterminants de la santé. Il s'agit non seulement d'éviter que l'environnement global de l'individu soit porteur de risques pour sa santé, mais également que celui-ci devienne favorable à la vie en bonne santé. Il convient également de permettre à l'individu et à son entourage d'acquérir eux-mêmes les moyens de mener une vie en bonne santé.

Cette action, pour être pleinement efficace, repose sur trois dimensions complémentaires :

- Développer la promotion de la santé pour tous incluant la prévention dans tous les milieux et tout au long de la vie,
- Prioriser des actions ciblées sur certaines populations particulièrement exposées en fonction des indicateurs de mortalité évitable (populations vulnérables, personnes âgées, personnes en situation de précarité, personnes migrantes, personnes handicapées) ; mais aussi des populations à enjeu de santé publique (jeunes, enfants, adolescents) ou plus particulièrement victimes de pathologies dont la prévalence est forte sur notre territoire (addictions, santé mentale, cancer, etc.).

C'est pourquoi la Métropole dans l'axe 2 du CLS vise à renforcer l'offre de formation auprès des professionnels et concentre son action autour de la jeunesse et de la précarité. La communication sur le dépistage est une action forte du CLS qui implique l'association des communes volontaires, des établissements de santé, de l'ARS et de la CPAM.

CONSTATS PARTAGÉS

- Des taux de mortalité prématurée plus importants qu'au niveau national. Il est important de déployer des modalités d'intervention qui puissent combiner à la fois les approches populationnelles (enfants,

jeunes, personnes en situation de précarité, âgées, etc.) et thématiques (conduites addictives, souffrance psychologique, alimentation et hygiène de vie).

- Les professionnels et ressources existants sur le territoire en matière de prévention et promotion de la santé se concentrent dans les villes plus importantes. Toutes les communes ne sont pas dotées des mêmes moyens ni des mêmes compétences pour agir.

ENJEUX PRIORITAIRES DU TERRITOIRE

- Prévention des comportements à risque, notamment ceux liés à la consommation d'alcool et de tabac, l'alimentation, la sédentarité,

- Couverture du territoire par des démarches de promotion de la santé à tous les âges de la vie intégrant des stratégies contribuant à la réduction des inégalités sociales de santé,

- Intégration des enjeux de santé dans les politiques et projets de développement du territoire (mobilité, aménagement, environnement).

SYNTHESES DES OBJECTIFS ET DES ACTIONS DE L'AXE 2

Objectif 3	Prévention en faveur des jeunes
Action 10	Prévention en faveur d'une vie affective et sexuelle positive,
Action 11	Soutien à la prévention des conduites addictives,
Action 12	Santé des familles.
Objectif 4	Déploiement d'une offre de formation auprès des professionnels du territoire
Action 13	Mise place de formations liées aux compétences psychosociales,
Action 14	Développement des formations liées au dépistage du cancer auprès d'un public précaire.
Objectif 5	Développer la médiation en faveur de la santé
Action 15	Ateliers supports dans le cadre du retour à l'emploi,
Action 16	Création d'une communication sur le dépistage et les comportements favorables à la santé qui s'appuie sur les actions culturelles et sportives de la Métropole,
Action 17	Accompagnement nutrition santé des femmes enceintes : "bien manger pour mon bébé".
Objectif 6	Agir sur la santé mentale
Action 18	Accompagnement du projet Clubhouse France,
Action 19	Mise en place de formations de secouristes en santé mentale,
Action 20	Soutien financier aux postes de coordination des contrats locaux de santé mentale.

AXE 3 LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

PROBLÉMATIQUE

Selon la définition de l'OMS – Conférence d'Helsinki – 1994, « La santé environnementale comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures ».

Ainsi, la qualité de notre environnement est l'un des principaux déterminants de l'état de santé des populations. La qualité de l'air, de l'eau, du sol, des aliments, le bruit, sont autant des facteurs déterminés par l'action de l'homme qui vont influencer la survenue de nombreuses maladies. Selon l'OMS, l'environnement serait responsable d'environ 14% des pathologies des populations des pays développés. Or, l'impact de ces facteurs sur la santé n'est pas le même pour tous les individus. En effet, à côté des inégalités sociales et territoriales, les inégalités environnementales vont contribuer à l'existence de disparités en matière de santé.

En partant de ce constat, la mise en œuvre par la Métropole d'une politique de transition social-écologique du territoire est nécessaire et la recherche de conséquences positives en matière de santé de la population guide notre action. En effet, sur la dimension environnementale, les compétences que nous exerçons en termes d'aménagement de l'espace métropolitain et notamment d'organisation de la mobilité, de politique locale de l'habitat, de protection et de mise en valeur de l'environnement (gestion des déchets ménagers et assimilés, lutte contre la pollution de l'air, contribution à la transition énergétique etc.), d'amélioration du cadre de vie, de contribution à la lutte contre les pollutions de l'eau, ont un impact fort sur la sauvegarde des milieux (air, eau, sol), sur la qualité de vie (habitat...), donc sur la santé humaine.

L'élaboration du CLS a été l'occasion de réaliser un inventaire des interventions de la Métropole sous l'angle de leur effet sur la santé. Leur nombre et leur diversité nous ont amené à devoir sélectionner celles que nous souhaitions inscrire dans le contrat. Nous avons retenu celles qui nous paraissaient avoir un impact significatif sur la santé et dont le caractère symbolique, structurant ou innovant était identifié.

A titre d'exemple, nous pouvons citer la problématique de la qualité de l'air et de son impact sur la santé. Les travaux de concertation menés dans le cadre du CLS et notamment ceux auprès des habitants, ont montré que ce sujet faisait partie des préoccupations majeures. L'accident industriel du 26 septembre 2019 a probablement contribué à ce que la perception de ce risque soit accrue.

Ainsi, la Métropole structure son action pour améliorer la qualité de l'air et dispose pour cela de plusieurs outils sur lesquels s'appuyer notamment la mise en place d'une Zone à Faibles Emissions mobilité, pour réduire les émissions de dioxyde d'azote mais plus globalement la priorité donnée aux mobilités actives et décarbonées. Le CLS métropolitain prévoit de mesurer l'impact de ces mesures à travers une étude qualitative de l'impact en santé (EQIS).

La qualité de l'air intérieur présente également un fort enjeu sanitaire puisque nous y passons en moyenne 80% de notre temps (données Ademe, 2015). Les substances nocives que l'on y respire sont très nombreuses, provenant des matériaux de construction, de décoration, d'entretien, de consommation que nous utilisons, ainsi que du transfert d'air extérieur vers l'intérieur. Pourtant, peu sont réglementées, notamment dans les espaces privés. Même si le cadre réglementaire doit évoluer dans les prochaines années pour mieux prendre en compte les expositions par différentes voies (inhalation, ingestion...), le principe de précaution doit s'appliquer et guider notre action. A cet effet, le CLS prévoit la multiplication de micro-capteurs chez les particuliers afin de mesurer la qualité de l'air et adapter les comportements.

Le territoire de la métropole est également caractérisé par l'importance de sa surface dédiée aux activités agricoles. Si cette spécificité constitue un atout, l'agriculture est par ailleurs au centre de plusieurs enjeux à la croisée de trois axes majeurs du développement durable du territoire métropolitain et notamment sur la dimension environnementale, à travers la protection des sols, de la biodiversité et surtout de la qualité de la ressource en eau.

En effet, la production d'eau potable est assurée par 27 ressources (champs captants) avec sept usines de traitements et 92 réservoirs. Protéger la qualité de cette ressource en agissant sur les usages des sols sur les aires d'alimentation des captages est un enjeu central.

Certaines de ces politiques font ou vont faire l'objet d'un accompagnement des citoyens dans le cadre du Plan d'Accompagnement des Changements de la Transition Ecologique (PACTE) qui a pour objectif de massifier les actions de sensibilisation et d'éducation aux enjeux climatiques, à la sobriété des modes de vie et de consommation, ainsi qu'à la mobilité durable.

CONSTATS PARTAGÉS

- La morphologie urbaine, la conception des espaces publics, la qualité des sols, de l'eau, de l'air sont autant de paramètres qui impactent la santé des habitantes et habitants et sur lesquels la Métropole peut agir,
- Dans l'état des lieux socio sanitaire réalisé par l'OR2S la Métropole apparaît en situation défavorable pour plusieurs indicateurs relatifs à des pathologies liées, à des degrés divers, à l'environnement : il s'agit de certains cancers, de maladies de l'appareil circulatoire, respiratoire,
- Si l'ensemble du territoire métropolitain est concerné par les enjeux liés à la santé environnementale, nous observons une inégale répartition du risque, notamment auprès des publics vulnérables et précaires.

ENJEUX PRIORITAIRES DU TERRITOIRE

- Adopter une approche transversale et intégrative de la santé environnementale en renforçant sa prise en compte dans les politiques métropolitaines,
- Permettre aux habitants et aux décideurs de faire des choix environnementaux favorables à la santé et limiter les facteurs de risques environnementaux. A titre d'exemple, cela passe par :
 - La recherche de l'amélioration de la qualité de l'air intérieur et extérieur,
 - La réduction de la quantité et de la nocivité des déchets produits en intervenant à la fois sur le mode de production et sur la consommation jusqu'à la collecte (le Programme local de prévention des déchets ménagers et assimilés a pour objectif de réduire de 15 % ces types de déchets d'ici 2030),

- L'amélioration de l'accès à une alimentation locale de qualité, saine et durable, pour tous (le Projet Alimentaire Territorial a pour ambition première de développer, valoriser et protéger les espaces nourriciers, réduire l'insécurité alimentaire et développer l'information et la formation sur les liens entre alimentation, santé, environnement et l'accès aux produits locaux),
- La planification, la conception et la réalisation d'aménagements favorables à la santé.

SYNTHESES DES OBJECTIFS ET DES ACTIONS DE L'AXE 3

Objectif 7	Améliorer la qualité de l'air
Action 21	Favoriser les mobilités actives,
Action 22	Favoriser les mobilités décarbonées,
Action 23	Améliorer la communication et la sensibilisation sur les enjeux sanitaires de la qualité de l'air.
Objectif 8	Protéger les milieux
Action 24	Développement des formations liées à l'urbanisme favorables à la santé,
Action 25	Exposition sur la santé environnementale au Pavillon des transitions.
Objectif 9	Faciliter l'accès à des environnements naturels, calmes
Action 26	Accès aux espaces naturels majeurs,
Action 27	Préserver et amplifier la présence végétale en ville.