Conseil de Développement du Pays Basque
Ipar Euskal Herriko Garapen Kontseilua

Les réflexions du CDPB sur le projet de **Contrat Local de Santé (CLS)**

DOCUMENT DE TRAVAIL

Pour une approche territoriale de la santé

Les services de la Communauté d'Agglomération du Pays Basque (CAPB) ont sollicité le CDPB, fin 2020, pour participer aux travaux sur l'élaboration du Contrat local de santé (CLS).
Le CLS est une déclinaison territoriale du projet régional de santé, conclu entre l'ARS (Agence Régionale de Santé) et les collectivités territoriales.
Dans le cadre de l'élaboration du CLS de la CAPB, l'ARS de Nouvelle-Aquitaine a fait appel à l'Observatoire régional de la santé (ORS) de Nouvelle-Aquitaine pour réaliser un état des lieux sur l'état de santé de la population et ses déterminants (conditions de vie, environnement, travail, système de santé, cadre de vie...)[1].
Les services de la Communauté d'Agglomération Pays Basque ont organisé la concertation avec les acteurs locaux. Ces réflexions ont fait l'objet d'ateliers calés sur les 4 axes du CLS (cf. Annexe) mobilisant à trois reprises des professionnel·le·s des secteurs sanitaires et médico-sociaux. Une dizaine de membres du CDPB a pris part à ces ateliers animés par la CAPB.
Le travail mené au sein du CDPB a été un exercice de réappropriation de l'état des lieux de l'ORS – avec une relecture et des analyses par grands thèmes et publics – pour en faire ressortir les grands enjeux et les défis à relever dans une approche d'un projet sanitaire de territoire, dépassant le cadre limitatif du CLS.

ADOPTE PAR LE CONSEIL DE DIRECTION DU 16 JUILLET 2021

[1] Comme l'indique l'ORS dans son état des lieux : « cette démarche permet de disposer d'un bilan commun entre partenaires sur la situation et les éventuelles problématiques du territoire et de lancer les discussions autour des enjeux prioritaires à traiter dans le futur CLS de la CAPB. »

TABLE DES MATIERES

I. LES LIMITES DE LA PARTICIPATION DU CDPB AUX TRAVAUX SUR LE CLS 4

1. Une difficulté à se retrouver dans le dispositif de concertation 4

2. Contrat ne fait pas Projet 4

3. Une approche classique de la santé 5

4. Des défis de société insuffisamment pris en compte 5

II. LES ANALYSES & PROPOSITIONS DU CDPB 7

Défi 1 - Accompagner le vieillissement de la population par une coordination de tous les acteurs 8

1.1. Anticiper l'impact du vieillissement sur les besoins et les compétences locales 8

1.2. Sécuriser le maintien à domicile par une offre adaptée 8

1.3. Valoriser le statut des aidant·e·s professionnel·le·s et prévenir la maltraitance 9

1.4. Adapter la politique d'habitat au vieillissement de la population 10

Défi 2 - Poursuivre le développement d'une offre de services adaptée aux publics et territoires 11

2.1. Assurer le renouvellement de la médecine rurale 11

2.2. Consolider et coordonner les politiques du handicap 12

2.3. Améliorer l'accessibilité à l'accompagnement psychologique et au réseau en santé mentale 12

2.4. Renforcer l'accompagnement des plus précaires et apporter un accueil sanitaire aux migrant·e·s 13

2.5. Lutter contre l'isolement social et prévenir les risques de santé 14

2.6. Renforcer la politique de transport sanitaire 14

2.7. Relancer une coopération médicale transfrontalière 14

Défi 3 – Faire de la santé environnementale une entrée transversale de toutes les politiques publiques 15

3.1. Approfondir les travaux sur la santé environnementale et oser le débat public sur les grands sujets 16

3.2. Répondre aux risques liés à la circulation motorisée et aux pratiques agricoles intensives 17

Défi 4 – Mobiliser l'ensemble de la société pour une santé préventive et inclusive 18

4.1. Mettre la jeunesse et les parents au cœur du projet territorial de santé 18

4.2. Prendre soin des femmes « en première ligne » 19

4.3. Approfondir la question de l'usage des psychotropes par la population du Pays Basque . 19

4.4. Re-responsabiliser les citoyen·ne·s dans la pratique de leur santé 20

ANNEXE : ANALYSE CROISEE ENTRE CES AXES ET LES PISTES D'ACTIONS EVOQUEES EN ATELIERS (COMPTE-RENDUS)..... 21

I. LES LIMITES DE LA PARTICIPATION DU CDPB AUX TRAVAUX SUR LE CLS

1. Une difficulté à se retrouver dans le dispositif de concertation

Le CDPB n'a pu mettre en place un dispositif propre d'animation mais a pu inviter certain·e·s de ses membres à participer aux ateliers organisés par la CAPB. Ces membres ainsi que d'autres acteurs rencontrés dans les ateliers se sont montrés critiques concernant les modalités de travail des différents ateliers, à commencer par le manque de moyens d'animation pour assurer les liens entre les groupes et les acteurs, pour « capitaliser » les travaux (rapporteurs différents pour chaque atelier), ou encore gérer les problèmes techniques (visioconférences…).

Les acteurs ont relevé un manque de préparation préalable sur les thèmes choisis, avec une impression de « labyrinthe d'information » et de manque de clarté pédagogique. **La structuration en axes et objectifs a restreint le champ de réflexion**. De plus, les participant·e·s et rapporteur·euse·s changeant à chaque atelier, les participant·e·s ont eu le sentiment de se heurter à des redites, de devoir recommencer à dire ou entendre les mêmes choses à chaque fois, par manque de lisibilité et de fil conducteur général, ce qui a eu pour effet d'appauvrir le contenu des échanges et d'empêcher la bonne capitalisation des travaux.
Ce problème de méthode est venu « freiner le fond » et a empêché la construction et l'évolution des groupes de travail, qui n'ont pas pu mener constructivement leurs réflexions et monter en compétences sur les sujets sur lesquels ils·elles travaillaient. Les professionnel·le·s ont mobilisé du temps et en ressortent déçu·e·s, avec des livrables (comptes-rendus par axes et objectifs) qu'iels ont parfois trouvé confus.

Il aurait probablement été plus simple et plus productif, pour mobiliser les professionnel·le·s sur les sujets, à l'exemple du précédent CLS, **de partir des problématiques locales, de faire des états des lieux sur les actions existantes** (tous acteurs et institutions confondus), **de travailler par publics-cibles, avec des diagnostics précis à analyser collectivement**. Ces outils auraient pu introduire tout le travail participatif sur le CLS et auraient permis de voir ce qui manque effectivement comme dans quels domaines porter plus d'attention, trouver de nouvelles solutions…

Au final, le diagnostic global ne semble pas refléter suffisamment la réalité du territoire.

Il en ressort le sentiment que la CAPB est animatrice d'une démarche très cadrée par l'ARS pour appliquer localement des politiques régionales et nationales, via des approches relativement classiques. Cela joue certainement sur l'incompréhension de l'exercice : **on pense participer à un projet de santé territoriale alors que l'objectif est de donner corps à un CLS « standard » structuré par l'ARS, au champ plus limité qu'on ne le pressentait.**

2. Contrat ne fait pas Projet

Comme indiqué en préambule, le CLS demeure un contrat envisagé depuis l'ARS, dans une déclinaison locale. C'est ce qui en fait justement ses limites : **une approche du point de**

vue de la santé publique, de politiques nationale et régionale… et non des besoins territoriaux proprement dits, ce qui **ne permet pas de donner à la santé une approche globale, transversale et donc d'ajuster les politiques publiques.**

Les acteurs auraient ainsi souhaité travailler sur les problématiques de santé en Pays Basque pour élaborer **une vision, un Projet, une stratégie, des actions… et une gouvernance** qui doit aller au-delà de l'ARS et de la CAPB et des structures professionnelles qu'elles financent, mais aussi associer les autres collectivités publiques (Département, grandes communes disposant d'un CCAS) et l'ensemble des acteurs socio-économiques.

Enfin, les liens **avec les autres politiques publiques de la CAPB restent peu apparents** : par exemple, les actions mêmes du CIAS de la CAPB ne sont pas valorisées, alors qu'il mène un travail important. La santé environnementale renvoie également aux stratégies publiques (notamment de la CAPB, mais pas que) en termes de politique d'habitat (PLH), de mobilité (PDU), de soutien à l'agriculture, à la restauration publique, à l'alimentation (PCAET, PAT), etc.

3. Une approche classique de la santé

Une approche offre / demande plutôt que centrée sur les besoins, évolution des pratiques… : la santé et son volet social sont abordés généralement dans cette approche offre / demande, à partir de standards types et quantitatifs. Ainsi, un taux élevé de recours au médecin serait-il véritablement un indicateur de bonne santé ?

Si l'intention est d'aller vers une médecine « préventive » (cf. les propositions émanant des professionnel·le·s), l'approche **« curative » demeure prépondérante.**

En matière de santé environnementale, malgré des indicateurs appelant à la vigilance sur les pollutions (transport, agriculture…), les actions mises en valeur relèvent de la seule sensibilisation. **Le sujet des pollutions électromagnétiques (5G) n'est, quant à lui, pas mentionné**.

Enfin, les membres du CDPB ont le sentiment d'une approche très institutionnelle faisant de la santé non pas une question de société mais de politiques publiques « régaliennes ». Les acteurs associatifs des secteurs médico-sociaux et sociaux, les associations de malades et notamment locales sont aussi des **« acteurs de la santé »** et des ambassadeurs aussi bien pour faire remonter les besoins que pour accompagner les bonnes pratiques.
Plus globalement, les autres acteurs socio-économiques n'ont pas été mobilisés dans le CLS alors qu'ils constituent des acteurs-clés en tant qu'employeurs, prescripteurs…Au-delà, c'est toute la question de **l'implication citoyenne**, dans des domaines où les meilleures avancées tant pour la bonne santé de la population que pour son coût pour la société se feront en associant les habitant·e·s et les acteurs locaux **pour faire évoluer les comportements, et recréer des pratiques préventives auto-gérées**, qui n'est pas prise en compte.

4. Des défis de société insuffisamment pris en compte

Les travaux sur le CLS font un état des lieux socio-démographique, constatant une **population plus âgée en moyenne sur le Pays Basque, sans pour autant en faire un sujet-clé des travaux**.

Il ressort un manque de vision prospective sur un territoire avec une fécondité plus faible et une arrivée deux fois plus élevée qu'ailleurs de nouveaux·elles habitant·e·s (10.000 habitant·e·s tous les 3/4 ans), dont environ 20% de plus de 60 ans !

Force également est de constater que **bon nombre de données risquent d'évoluer dans un futur proche en raison de la pandémie** et de ces conséquences multidimensionnelles.

Justement, alors que les travaux se sont tenus depuis l'automne 2020 et jusqu'en mai 2021, **les conséquences sanitaires et sociales de la « crise de la COVID » -** qui ne peuvent se résumer au développement de la vaccination – sont absentes des travaux et donc des préoccupations du CLS pour les mois à venir. Les conséquences sociales, psychiques sur les jeunes, le rapport à la santé, aux pratiques addictives, l'isolement social, la sur-utilisation des écrans, des réseaux sociaux, les risques psycho-sociaux du télétravail, etc. sont donc autant de grands sujets de société (et d'actualité) qui sont écartés de la réflexion, risquant de faire du CLS un contrat du « monde d'avant » !

Même s'il reste un « contrat », le CLS devrait immanquablement – même dans les intentions – **exprimer des ambitions en phase avec l'évolution de la société et des réalités territoriales locales**.

II. LES ANALYSES & PROPOSITIONS DU CDPB

Les membres du CDPB se sont réapproprié l'état des lieux de l'ORS en y appliquant leurs analyses par grands thèmes et avec une approche « publics », pour identifier les problématiques et les enjeux. L'ensemble de ces analyses est structuré dans une approche stratégique de ce que pourrait être un **« projet territorial de santé »,** autour de **4 défis et 15 orientations stratégiques**

Les données clés[2] de l'état des lieux de l'ORS sur l'état de santé global de la population et les déterminants sociaux

- Population plus âgée (1/3 dans 20 ans auront plus de 60 ans)
- Plus d'actifs employés, artisans, agriculteurs / moins de cadres
- Chômage moins élevé, mais plus élevé sur certains pôles urbains
- Moins de fécondité
- Moins de dépendance aux aides sociales
- Mais pauvreté plus forte dans territoires ruraux (Iholdi-Ostibarre) et indicateurs précarité 3 fois plus forts dans les quartiers populaires de Bayonne, Biarritz ;
- Plus de familles mono-parentales (16,9% contre 15,6% en France), à 83% féminines
- Plus de déplacements voiture pour se rendre au travail
- Des taux de mortalité plus forts sur certains territoires ruraux, liés aux maladies circulatoires ou respiratoires surtout chez les hommes.
- Des affections de longue durée plus élevées sur maladies appareil circulatoire, asthme, Alzheimer ou autre démence
- Bonnes pratiques sportives

[2] Le CDPB retient ici les données qui se distinguent des moyennes régionales et nationales et permettent de caractériser le territoire, sachant que ces chiffres ne peuvent pas être pris de façon brute, mais qu'ils doivent être contextualisés (population nouvelle, migration, lieu d'accueil pour les personnes avec handicap de toute la France ...)

Défi 1 - Accompagner le vieillissement de la population par une coordination de tous les acteurs

1.1. Anticiper l'impact du vieillissement sur les besoins et les compétences locales

L'évolution démographique doit questionner en profondeur les politiques publiques avec un vieillissement bien plus fort au Pays Basque qu'ailleurs : taux de fécondité plus faible et une attractivité plus forte, donc une part bien plus forte de personnes âgées à venir.
Il s'agirait de **mettre une grande priorité vers les publics des personnes vieillissantes (+ de 60 ans) et âgées (+ de 75 ans),** aussi bien installées depuis longtemps que nouvellement installées pour leur retraite (revenant « au pays » ou nouveaux·elles arrivant·e·s qui seront les potentiel·le·s malades de demain).
Que ce soit en termes de prévention (cancers), d'accompagnement sur les maladies de longue durée (ALD)… les défis sont majeurs sur un territoire vieillissant (Anglet compte déjà 20% de personnes âgées de plus de 75 ans). Cela concerne (cf. points développés plus loin) : les conditions du maintien à domicile, les ratios de places en hébergement longue durée ou temporaire, etc.

Il y a une impérieuse nécessité d'avoir une vision prospective, tant sur les **besoins futurs de la population**, **les moyens** qu'il faudra mobiliser (équipement, services, finances), qu'en terme de gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences (GPEC) qu'il faudrait envisager à l'échelle territoriale pour anticiper les besoins humains, la formation, etc. Le CDPB le préconisait dès juin 2018, dans sa Contribution à la définition de la politique sociale de la CAPB : u**ne GPECT des métiers du médico-social en lien avec le vieillissement.**[3]

De nombreuses associations travaillent sur questions d'accompagnement des personnes âgées en lien avec les institutions publiques (dont l'ARS), mais **le niveau de coordination ne semble pas se faire suffisamment dans une approche territoriale** adaptée aux besoins locaux.

C'est sur cette gouvernance et ce partage de rôle entre acteurs publics et privés que de nouveaux leviers et des innovations seraient à inventer. C'est globalement toute une société qu'il faut mobiliser sur un tel défi collectif (l'avenir de nos proches et de nous-mêmes !).

1.2. Sécuriser le maintien à domicile par une offre adaptée

S'il est nécessaire de **répondre aux besoins de places en EHPAD** (dont le nombre est souligné comme plutôt inférieur aux moyennes), le maintien à domicile est une orientation globalement partagée par l'ensemble des acteurs. La prise en charge professionnelle des personnes dépendantes a un coût restant à charge encore trop élevé pour **les familles, qui**

[3] https://societecivile-paysbasque.com/wp-content/uploads/2019/09/Contribution-CDPB-politique-sociale-CAPB.pdf

sont nombreuses à prendre en charge directement leurs personnes âgées et/ou dépendantes ou à ne pas pouvoir mobiliser toutes les solutions du maintien à domicile.
Les aidant·e·s familiaux sont souvent les conjoint·e·s ou les enfants resté·e·s au domicile ; ils·elles ont besoin d'un accompagnement avec assistance sociale et psychologique, à mettre en perspective avec leurs problèmes de disponibilité voire leur frein psychologique au lâcher-prise. Ils·elles ne prennent plus le temps de se soigner eux·elles-mêmes et peuvent décéder plus tôt que la moyenne, parfois même avant la personne qu'ils·elles accompagnaient.
On peut tous et toutes devenir aidant·e du jour au lendemain. Or, ce statut commence seulement à être reconnu.

Les politiques publiques doivent créer les conditions favorables au maintien à domicile :

➔ **développer l'accueil de jour comme condition du maintien à domicile**. C'est une soupape majeure pour les aidant·e·s familiaux, très majoritairement des femmes devant assumer beaucoup de contraintes familiales et / ou professionnelles par ailleurs.
C'est aussi une aide à la socialisation pour des personnes devenues vulnérables et aussi une étape permettant d'envisager une entrée progressive en EHPAD.

→ En contradiction avec ce besoin, on note que **les ARS bloquent en général les quotas de lits sur l'accueil de jour** en établissement spécialisé (cela « rapporte moins » que l'accueil complet).

➔ Ces regroupements de jours permettent aussi un **accompagnement médical et psychologique** qui est fondamental pour identifier les nouvelles vulnérabilités des personnes âgées comme de leurs aidant·e·s.

➔ **Soutenir les initiatives locales et associatives** qui existent et se font le relais de ce public.
L'association Mâillages propose des relayeur·euse·s bénévoles, pour permettre à l'aidant·e de se reposer sur une journée ; les Petits frères des pauvres forment des bénévoles pour une démarche similaire ; à noter aussi les actions de l'association Alliance…

Sur ce point comme sur d'autres sujets, le CLS pourrait être un outil de mise en valeur et de soutien aux initiatives locales, inspirantes et innovantes, qui maillent déjà le territoire du Pays Basque.

1.3. Valoriser le statut des aidant·e·s professionnel·le·s et prévenir la maltraitance

Quelle attractivité pour ces métiers peu qualifiés, précaires et mal payés, avec des horaires difficiles et beaucoup de déplacements, sur un territoire où le logement est si cher ?
Les enjeux sont importants pour revaloriser ces métiers dont l'engagement psychologique peut fortement impacter celles et ceux qui l'exercent :

- ✓ leurs revenus[4]
- ✓ **la formation, leurs qualifications**
- ✓ **l'accès au logement** : sur un territoire aussi tendu, il est nécessaire de développer par exemple des projets alliant habitations pour seniors et appartements pour personnel aidant (comme cela se fait actuellement sur Anglet).

[4] En Suède, les aides-soignant·e·s, infirmier·ère·s et auxiliaires de vie travaillent 32 heures par semaine et sont payé·e·s pour 38 heures.

Il faut également envisager **l'accompagnement auprès des familles des personnes aidé·e·s**, pour améliorer la relation avec l'aidant·e professionnel·le et prévenir les situations de harcèlement qui peuvent survenir lors de la dégradation de la situation de santé et, a fortiori, de la situation familiale.

Les situations de tension liées aux manques de moyens (manque de personnel, manque de compétence, manque de matériel...) et à la saturation des aidant·e·s surchargé·e·s ne font qu'accroître un **climat favorable à la maltraitance**, observée sur le terrain par les professionnel·le·s. Il est important de prévenir ces situations de maltraitance institutionnelle ou maltraitance personnelle (maltraitance volontaire, involontaire d'un·e aidant·e à bout, sans solution).

Quel investissement public est-on prêt à mobiliser sur le long terme alors que le modèle le modèle du maintien à domicile est moins cher à terme pour la société que le système des EPHAD ?

1.4. Adapter la politique d'habitat au vieillissement de la population

Les politiques d'habitat doivent intégrer une grande mutation de la société, avec de nouvelles attentes d'habitat créant du lien social. Ce sont par exemple tous les projets du regroupement de petites habitations adaptées aux personnes âgées dans des centre-bourgs qui permettent de mutualiser les suivis médico-sociaux, de lutter contre l'isolement, d'éviter des déplacements pour les aidant·e·s professionnel·le·s, et qui peuvent être un outil de revitalisation des villages et petites villes.

Le CDPB a fait des propositions à ce sujet dans sa Contribution au PLH (plan local de l'habitat)[5], dont il espère la prise en compte (voir extrait proposition n°12 ci-dessous). L'objectif général est de considérer la santé comme un enjeu transversal, et de l'intégrer à l'ensemble des politiques publiques (ici, l'habitat).

Proposition 12

Soutenir financièrement la production d'habitat intermédiaire senior et les initiatives de mixité intergénérationnelle

Un enjeu important de vieillissement de la population au Pays Basque :
- en 2014, les plus de 60 ans représentaient 30% de la population du Pays Basque
- les projections sur le ratio aidants/aidés (population des aidants potentiels des personnes les plus âgées) décroissent

Parallèlement, des places en EHPAD limitées, et un désir de rester au maximum dans son logement (tant que le degré d'autonomie le permet).
En plus des démarches existantes visant à aider l'adaptation du logement (aides à la rénovation, l'équipement et l'accessibilité), de nombreuses solutions d'habitat sénior alternatives à l'EHPAD émergent :
- habitat participatif, habitats regroupés, béguinages ou résidences autonomies partageant les mêmes caractéristiques : des espaces privatifs, d'autonomie, couplés à des espaces et services partagés (mutualisation des aides à la personne, des lieux de vie etc.).
- dynamiques intergénérationnelles qui viennent rompre l'isolement et faciliter le maintien à domicile des séniors : cohabitation intergénérationnelle et solidaire (« colocations » étudiant/sénior, résidences intergénérationnelles).

Objectif :
Soutenir le développement de ces projets et initiatives, via un fonds d'intervention dédié :
- actions du tissu associatif local existant
- projets portés par les bailleurs sociaux et promoteurs immobiliers

Acteurs à mobiliser :
- Conseil départemental
- Maillâges, Etxeka, Age et Partage, Habitat Humanisme
- Bailleurs sociaux

[5] https://societecivile-paysbasque.com/wp-content/uploads/2019/10/Contribution2CDPB_PLH_adopteeCD101019.pdf

Défi 2 - Poursuivre le développement d'une offre de services adaptée aux publics et territoires

Les données clés[6] de l'état des lieux de l'ORS sur l'accès aux soins :

- Globalement le Pays Basque est mieux placé qu'ailleurs en Nouvelle Aquitaine (territoires urbains et ruraux « favorisés »)
- Part supérieure de médecins + dentistes sur ACBA + Sud Pays Basque ; 80% des dentistes sont basés sur le littoral (dont 53% sur le pôle ACBA)
- Part inférieure aux moyennes de médecins généralistes sur Nive-Adour, Pays d'Hasparren, Garazi-Baigorri, Iholdi-Ostibarre et Soule ;
- ¼ des médecins généralistes à la retraite d'ici 2026
- Taux de recours à ces médecins moins élevés (lien offre / demande) : taux de recours en-dessous des moyennes nationales pour Amikuze, Garazi-Baigorri, Iholdi-Ostibarret et la Soule
- Une partie du Pays Basque intérieur à plus de 30 minutes d'un hôpital
- Dépistage organisé des cancers inégal
- Mais couverture autres spécialistes (kiné) plutôt mieux dotés
- Taux inférieur d'équipements pour personnes âgées
- Taux supérieur d'adultes allocataires de prestations handicap (6200 personnes)
- Taux positifs d'équipements pour personnes handicapées ; sauf pour ESAT (services aides par le travail)

2.1. Assurer le renouvellement de la médecine rurale

L'état des lieux montre une relative bonne couverture médicale du Pays Basque, mais avec des points de vigilance sur plusieurs territoires péri-urbains et ruraux.
Un diagnostic sur les maisons de santé semble manquer aux analyses : où en est-on ? quels sont les retours d'expériences, les nouveaux besoins et leviers à actionner, les futurs projets, leur viabilité, leur financement (et quel rôle pour la CAPB dans ce financement ?).
Ce diagnostic est à partager pour améliorer les actions et en trouver de nouvelles, pour **aider à l'installation des médecins et à leur ancrage sur le territoire**, ainsi que pour innover dans ce domaine : la couverture médicale demeure encore fragile (exemple d'un médecin qui n'est resté que 6 mois à Baigorri après d'importants efforts pour l'y faire venir).
Un espoir se ressent dans l'accueil de **jeunes diplômé·e·s originaires du Pays Basque**, et bascophones, et dont le retour en territoire rural serait envisageable. Cette dynamique est à accompagner (suivi, communication…).

Aucune prospective n'est proposée sur l'impact des départs en retraite des médecins (1/4 des médecins en activité d'ici cinq ans). Or - et même si la situation inquiète moins sur un littoral très attractif - la nouvelle génération de médecins appréhende différemment son rapport au travail : recherche de conditions de vie propice à une vie personnelle riche, recherche de contrats salariés (particulièrement les femmes) pour plus

[6] Le CDPB retient ici les données qui se distinguent des moyennes régionales et nationales et permettent de caractériser le territoire, sachant que ces chiffres ne peuvent pas être pris de façon brute, mais qu'ils doivent être contextualisés (population nouvelle, migration, lieu d'accueil pour les personnes avec handicap de toute la france ...)

de sécurité, pour ne pas être isolé·e, etc. Il est nécessaire dans une démarche prospective de **prendre en compte et anticiper l'impact des nouvelles pratiques professionnelles.**

Le coût exorbitant du logement ne sera-t-il pas un obstacle à court ou moyen terme pour accueillir de jeunes médecins libéraux qui en début de carrière n'ont a priori pas de revenus particulièrement élevés ?

A noter qu'il semblerait que les données sur les suivis de grossesse soient en amélioration depuis la reprise de compétences de Saint-Palais par le CHCB.

Parmi les grands défis, les membres du CDPB soulignent notamment :
- ➔ un énorme travail de sensibilisation à mener sur la charge mentale.
- ➔ un gros problème de manque sur les violences sexuelles et l'éducation sexuelle.

2.2. Consolider et coordonner les politiques du handicap

Le Pays Basque et le Béarn ont un taux important d'équipements sur le handicap, compte tenu de leur histoire : l'Etat et des grandes associations nationales ont déployé au cours des années 50-70 des outils sur ces territoires (et notamment au pied des Pyrénées), dans une logique de sanatorium (ex. la Rosée à Banca, le foyer de vie à Bedous)…
Il est indiqué dans l'état des lieux de l'ORS un nombre approximatif de personnes handicapées… car effectivement, il semble que demeure **un manque de transparence** tant au niveau de l'ARS, du Département que de la MDPH[7] qui ne communiquent pas les chiffres d'adultes et d'enfants bénéficiant de places sur notre territoire et / ou en attente de places.
Dans tous les cas, là aussi le vieillissement de la population aura un effet sur ces politiques à venir en matière d'adaptation de la société et des services au vieillissement de ces personnes.

➔**Le CLS pourrait permettre un travail de maillage de notre territoire** afin de mutualiser l'existant, de travailler sur les perspectives en matière de places (et faciliter ainsi les passages de structures enfant à structures adulte).
➔**La dimension IAE (insertion par l'activité économique) est encore à développer** bien plus en Pays Basque, où par exemple les ESAT sont proportionnellement moins nombreux.

Le CDPB avait insisté sur ce point dans sa Contribution à la politique sociale de la CAPB en 2018 (page 18)[8] en proposant :
- ➔ D'élaborer une stratégie pour le développement de l'IAE
- ➔ De développer un incubateur IAE pour faire émerger de nouveaux projets en lien avec les réseaux de l'IAE

2.3. Améliorer l'accessibilité à l'accompagnement psychologique et au réseau en santé mentale

Comme il est exprimé plus haut pour les aidant·e·s, il existe de nombreuses situations de santé qui nécessiteraient un accompagnement psychologique ponctuel, pour prendre en charge les conséquences d'un isolement ou d'un coup dur de la vie. En dehors de la

[7] MDPH = Maison départementale des personnes handicapées → http://www.mdph64.fr/
[8] https://societecivile-paysbasque.com/wp-content/uploads/2019/09/Contribution-CDPB-politique-sociale-CAPB.pdf

psychiatrie, des mesures sont sans doute à inventer pour réduire des inégalités d'accès aux soins (consultations hors psychiatrie non remboursées par la Sécu, délai de prise en charge après déclenchement des troubles psychologiques, dédramatisation du sujet pour sensibiliser de potentiels malades, mise en place de dépistages des troubles du développement ou de l'apprentissage).
L'idée indiquée dans les pistes d'actions du CLS de développer des activités sportives ne semble pas à la mesure de l'enjeu (et souvent peu adaptées à des publics dépressifs).

Concernant la santé mentale, des structures et des actions existent, mais se retrouvent confrontées à un manque de moyen et un afflux de demandes : « ce n'est plus possible de faire de la prévention ».
Là aussi, les acteurs notent **un manque d'agilité dans les approches**, alors que de nombreuses actions pourraient s'envisager avec le monde associatif.
➔ **Renforcement de l'action des GEM** et mise en lumière… en travaillant davantage sur la sociabilisation, les interactions et ne pas réduire les personnes avec une maladie psychique à l'unique soin psychiatrique.
➔ **Mobiliser le monde associatif.** Exemple : associer les comités des fêtes sur des actions de sensibilisation (comme peuvent le faire d'autres acteurs militants sur les questions d'égalité et de lutte contre les violences faites aux femmes, sur les questions écologiques, etc.).

2.4. Renforcer l'accompagnement des plus précaires et apporter un accueil sanitaire aux migrant·e·s

Le Pays Basque prend conscience d'une paupérisation grandissante de sa population, et donc de la grande précarité qui s'y installe, et de nombreux acteurs (autour du CDPB) militent depuis près de 10 ans pour mieux faire reconnaître ces problématiques majeures qui percutent la société basque.
Si une part des populations précarisées sait utiliser la CMU (et se rend sans difficulté aux consultations), bien d'autres, aspirées par des besoins immédiats de première nécessité (logement, nourriture) sont souvent **perdues dans les méandres administratifs et on peut s'interroger sur leur réel accès aux soins, qui peut déplacer la santé au second plan.**

D'après les professionnel·le·s, certains territoires bénéficient d'une couverture des besoins des grands précaires : la mission P.R.A.P.S (Programme Régional d'Accès à la Prévention et à la Santé) assure ainsi un suivi dans le secteur de Saint-Jean-de-Luz / Ciboure, ADELI à Ascain, Lagun à Saint-Jean-le-Vieux, MIFEN à Urcuit…
Mais il reste sans aucun doute des **zones blanches dans l'action publique**, qui restent à identifier, et surtout des **publics non touchés et invisibilisés**.
Dans certaines régions françaises, la paupérisation et le manque de recours au système de santé ont fait réapparaître des pathologies qu'on croyait disparues. Qu'en est-il au Pays basque du repérage effectif de ces populations socialement éloignées de tout ? Et de leur suivi ?

Concernant les migrant·e·s : l'ARS ne voit pas ces publics, qui ne font pas partie des grilles de données. Dans les politiques publiques, la situation des migrant·e·s n'est pas prise en compte, alors qu'elle l'est par exemple côté espagnol.
C'est pourtant une problématique locale importante sur un territoire de passage et de transit, avec une population locale accueillante, des réseaux de solidarités, des lieux comme Pausa à Bayonne…
Les membres du CDPB considèrent que les personnes qui migrent (réfugiés ou sans papiers) ont tout autant besoin d'accéder aux mêmes possibilités de soins que le reste

de la population. Ce temps de passage par le Pays Basque doit permette aussi de répondre à des situations graves sur le plan médical.

2.5. Lutter contre l'isolement social et prévenir les risques de santé

Cette question est majeure et même vitale, particulièrement pour les personnes âgées (voir défi n°1).
Il est noté que **les acteurs locaux et le CIAS de la CAPB mènent des actions intéressantes** sur l'isolement des personnes âgées, en Soule et ailleurs, qui seraient à valoriser dans le CLS (car elles contribuent à la santé de ces populations), et à développer et soutenir par les politiques de l'Etat.

Mais cette question de l'isolement social concerne aujourd'hui de nombreuses populations frappées par des accidents de la vie (notamment les **ruptures familiales**), un phénomène qui existe au Pays Basque comme ailleurs… et sans doute plus massivement encore depuis une dizaine d'années. Le Pays Basque a sans doute connu plus tardivement le phénomène du divorce, dans une société marquée par l'importance de la famille… mais avec un rattrapage d'une grande ampleur, puisqu'il se situe maintenant au-dessus des moyennes.

Dans ces recompositions familiales, les femmes sont à nouveau en première ligne (plus de 80% de femmes dans les familles monoparentales), seules et parfois très isolées… **Des conséquences sanitaires à anticiper.**

2.6. Renforcer la politique de transport sanitaire

D'après les professionnel·le·s, le **transport sanitaire d'urgence est sous-doté au Pays Basque**, notamment entre les hôpitaux de Saint-Palais et de Bayonne. Or, la mise en service de véhicules affectés aux transports sanitaires est soumise à l'autorisation du Directeur général de l'ARS, qui ne la délivre que si le nombre de véhicules déjà en service n'excède pas le quota fixé en fonction des besoins de la population.

Il convient donc de **s'interroger sur la communication et la réactualisation de ces quotas dans un contexte connu et prévisible d'augmentation et de vieillissement de la population**.

2.7. Relancer une coopération médicale transfrontalière

Malgré des initiatives fortes prises il y a 25 ans à l'Hôpital de Bayonne (cadre dédié à ces questions), les conventions sur l'accès aux urgences et d'autres initiatives encore (ex. navette à Hendaye pour l'accueil de jour à Hondarribia), il existe de **véritables frontières en matière de santé** dans une Europe pourtant de libre circulation : pas de remboursement des médicaments prescrits en traitement en Espagne par l'Assurance Maladie, refus de vaccination de jeunes Espagnols venus se faire vacciner à Biarritz...
Certaines personnes en situation de handicap, n'ayant pas de services adaptés à leurs besoins doivent quitter le territoire, parfois à plus de 400 km, alors **qu'une offre de proximité peut exister de l'autre côté de la frontière** plus proche de leur lieu de vie.

Défi 3 – Faire de la santé environnementale une entrée transversale de toutes les politiques publiques

L'illustration ci-contre le montre, les impacts sur les habitant·e·s sont importants !
La santé environnementale concerne tous les champs de la société, et 80% de notre santé est liée à notre environnement proche :

- Qualité de l'air
- Eau potable, assainissement
- Qualité des matériaux dans le logement
- Radiations, rayonnements électromagnétiques
- Produits chimiques utilisés par les agents économiques (agriculture, industrie, BTP, etc.)
- Risques professionnels
- Bruit
- Changement climatique
- Etc.

Les données clés[9] de l'état des lieux de l'ORS sur la santé environnementale :

- taux d'émission d'oxyde d'azote supérieur à la moyenne régionale et touche principalement les communes du littoral situées à proximité de l'autoroute et des autres grands axes routiers ;
- tout le territoire est touché par un taux de particules fines supérieur à la moyenne régionale : ce taux est lié au transport (BAB et autour), à l'habitat (37% des émissions) et à l'agriculture (50% des émissions) ;

[9] Le CDPB retient ici les données qui se distinguent des moyennes régionales et nationales et permettent de caractériser le territoire, sachant que ces chiffres ne peuvent pas être pris de façon brute, mais qu'ils doivent être contextualisés (population nouvelle, migration, lieu d'accueil pour les personnes avec handicap de toute la france ...)

- pollutions potentielles : 98 exploitations industrielles et 45 agricoles classées ICPE (susceptibles de créer des risques ou de provoquer des pollutions ou nuisances, notamment pour la sécurité et la santé des riverain·e·s), 34 sites ou sols pollués (dont 16 en ACBA), 10 sites industriels et 3 sites d'élevage relevant de la Directive sur les émissions industrielles (IED), Bayonne classée en risque SEVESO seuil haut ;
- une partie du parc ancien est potentiellement indigne, en particulier pour ce qui concerne le Pays Basque intérieur (49% du parc en Iholdi-Ostibarre date d'avant 1946) ;
- 200 résidences principales sont considérées comme "sans confort" sur l'ensemble du territoire.

3.1. Approfondir les travaux sur la santé environnementale et oser le débat public sur les grands sujets

Comme évoqué dans les réserves introductives, **la santé environnementale est peu prise en compte et analysée** dans l'état des lieux de l'ORS, limitée à quelques données qui demeurent pour autant des points de vigilance majeurs pour le territoire.

Les propositions du CLS se limitent à l'information des populations sur les risques environnementaux, mais **ne serait-il pas plus utile à long terme de travailler plutôt sur la réduction de ces risques** ?
L'objectif prévu, puis abandonné en atelier – "Favoriser l'accès à un environnement extérieur de qualité" – était le seul à engager une réflexion sur cette voie, et pointait des éléments aussi intéressants qu'alarmants, notamment sur la qualité d'accès à l'eau potable en Soule ou l'exposition au radon de certaines communes.

De manière générale, il **manque incontestablement des mesures d'impact localisées**, de prévention et de mise en œuvre des actions, ainsi qu'un questionnement des indicateurs aujourd'hui utilisés. Enfin, **à l'heure où se déploie la 5G, il aurait pu être intéressant de profiter de ce contexte pour aborder les questions liées à l'électrosensibilité**…

La santé environnementale est un sujet transversal, qui devrait être la clé de voûte de toutes les politiques publiques (dont celles de la CAPB) puisqu'elle concerne l'habitat, les transports, les effets du changement climatique, le soutien à l'agriculture, les accords sur le déploiement de la 5G.
➔ Une prise en compte semble nécessaire dans les futurs plans stratégiques de la CAPB.
➔ Les futurs outils d'aménagements (SCOT et PLUI) doivent également s'emparer de ce sujet majeur de la santé environnementale et ce, de façon transversale.

Le CDPB souhaiterait que les collectivités osent se saisir de tous les défis de la santé environnementale dans une démarche de « débat public », pour que les citoyen·ne·s soient acteurs de leur santé et fassent évoluer leurs comportements (comportement routier, numérique, usage du portable, choix alimentaires, etc.)

3.2. Répondre aux risques liés à la circulation motorisée et aux pratiques agricoles intensives

Comme le montrent les données du diagnostic de l'ORS, le Pays Basque **dépasse les moyennes de pollutions à l'oxyde d'azote et aux particules fines** en raison d'un trafic motorisé très important et de pratiques agricoles encore néfastes pour la santé. Il s'agit là d'un **gros point de vigilance pour la santé de la population, trop peu pris en compte dans le projet de CLS.**
Le territoire apparaît de ce point de vue très en retard dans la prise de conscience et la prise en compte des **ces réalités qui impactent la santé des habitant·e·s et l'avenir du territoire.**

Défi 4 – Mobiliser l'ensemble de la société pour une santé préventive et inclusive

D'autres données clés[10] de l'état des lieux de l'ORS :

- Bonnes pratiques sportives (même supérieures aux moyennes chez les jeunes)
- 1 habitant·e sur 5 a eu un remboursement de psychotropes : consommations dans moyennes (25% des femmes ; 14% des hommes)
- taux élevé de grossesses mal suivies en Pays Basque intérieur
- taux de frottis cervico-utérin inférieur aux moyennes de références dans tout le Pays Basque et particulièrement en Pays Basque intérieur
- taux de dépistage du cancer du sein à améliorer en Pays Basque intérieur

4.1. Mettre la jeunesse et les parents au cœur du projet territorial de santé

Peu de choses sont dites sur les jeunes, tant les indicateurs semblent au vert.

Et pourtant, cette jeunesse est impactée par la **décohabitation familiale**, les problèmes de logement quand elle vit dans des familles monoparentales, recomposées… ou lorsque qu'elle décohabite pour faire son propre chemin. Cette jeunesse est touchée de plein fouet **par la crise sanitaire**, et cela se traduit en problématiques **d'addictions sur internet**, d'isolement lié aux écrans, de cyber-harcèlement, de perte de repères entre sphère privée et publique, de manque de projection sur l'avenir, des **addictions aux drogues** (avec par exemple des phénomènes plus visibles d'usage de cocaïne lors des « fêtes clandestines Covid », en ville comme à l'intérieur du Pays Basque…).

L'échelle locale est à investir pour mobiliser tous les acteurs (communes, milieu associatif, établissements scolaires, structures du péri-scolaire, comités des fêtes, gaztetxe…) pour mener des actions sur des questions aussi diverses que les violences sexuelles, le cyber-harcèlement, ou encore l'accès des enfants à la pornographie… tout en prenant en compte le fait que les établissements publics ne laissent pas si facilement entrer des intervenant·e·s sur des sujets dits « sensibles » comme la lutte contre les discriminations par exemple.

Le lien est fort entre éducation, parentalité et santé. Considérant leur rôle fondamental d'éducation et de relais, il apparaît essentiel d'inclure les parents dans la sensibilisation et la prévention des risques liés à la jeunesse, notamment sur la posture à adopter face aux écrans et aux conséquences qu'elle peut engendrer (particulièrement en ce qui concerne le cyberharcèlement), ce afin de leur permettre de résister à la pression de leurs enfants, leur montrer qu'ils·elles ne sont pas seul·e·s : il est important de créer de l'échange, plus que de la conférence.
Cela rejoint la thématique des femmes, que l'on sur-responsabilise dans les politiques publiques, et cela interroge la représentation que l'on se fait de l'implication des pères.

[10] Le CDPB retient ici les données qui se distinguent des moyennes régionales et nationales et permettent de caractériser le territoire, sachant que ces chiffres ne peuvent pas être pris de façon brute, mais qu'ils doivent être contextualisés (population nouvelle, migration, lieu d'accueil pour les personnes avec handicap de toute la france ...)

En termes d'offre, il n'existe pas de Maisons des parents pour les héberger quand un·e enfant est hospitalisé·e, même si l'association « Tous avec Agosti » porte justement le projet de créer une Maison des familles sur la côte basque.

4.2. Prendre soin des femmes « en première ligne »

Dans une approche femmes et santé, il s'agit d'évoquer tous les âges de la vie, ainsi il en va de l'éducation à la sexualité, de la maternité, jusqu'à la fin de vie.

Les membres du CDPB soulignent **l'hyper sollicitation des femmes** amenées parfois à cumuler charge éducative, charge professionnelle et charge familiale (en première ligne pour s'occuper d'une personne âgée ou en difficulté dans la famille…). Le projet de Maison des femmes, actuellement en réflexion entre la coordination des associations féministes EBA et la CAPB, vise à répondre au besoin d'accueillir toutes les situations et de mieux orienter et accompagner. Le projet de Guide pour les communes, travaillé entre la Commission égalité du CDPB et la CAPB, va aussi dans le sens d'une meilleure action concertée au plus près des habitant·e·s.

➔ **Un domaine à approfondir bien plus largement** dans une logique de politique territoriale de santé.

4.3. Approfondir la question de l'usage des psychotropes par la population du Pays Basque

Le Pays Basque **se situe dans les moyennes des autres territoires français en termes d'usage des psychotropes… ce qui ne peut qu'interpeller les acteurs et les décideurs publics !**
Pourquoi un tel usage sur un territoire avec un aussi bon cadre de vie, un certain art de vivre, une vie sociale et culturelle riche, avec de bon taux de pratique sportive, des addictions pas très élevées (un bon signe sur un territoire où on fait tant la fête !) ?

Qui sont les consommateurs de psychotropes ?
Est-ce le signe d'autres problèmes de société, relevant de la santé mentale, du rapport au travail, de publics en difficulté non identifiés ? Et **que dire du contexte sanitaire** et de ses impacts ?

Autre questionnement : **ce taux est-il dû à une médication systématique des personnes âgées et/ou médicalisées ?**
Les membres du CDPB soulignent que le Pays Basque est un territoire qui accueille beaucoup de personnes âgées venues y passer leur retraite, qui après le décès de leur conjoint·e, terminent leur vie en maison de retraite isolées de leur famille et sous médication forte de psychotropes.
Il est observé que des personnes âgées qui vivent dans un environnement propice au lien social (habitat au cœur d'un bourg, résidence partagée, cohabitation avec des plus jeunes, etc.) consomment beaucoup moins (ou pas du tout) de psychotropes…

➔ **Une invitation à approfondir le diagnostic et à oser se confronter à cette réalité.**

4.4. Re-responsabiliser les citoyen·ne·s dans la pratique de leur santé

Aujourd'hui on consomme le médecin comme un autre produit, et on est d'ailleurs obligé de le faire lorsqu'on suit un traitement (périodicité des renouvellements).
Pour reprendre l'exemple cité en introduction : est-ce que le taux de recours au médecin généraliste est vraiment un indicateur de bonne santé ?
Il semble que **les actions de prévention ne soient pas à la hauteur** vu la « consommation médicale » importante.

De nouvelles pratiques de santé sont à promouvoir et à accompagner pour redonner aux citoyen·ne·s un pouvoir d'agir, de prévenir autour de soi, de pouvoir faire les premiers soins… **Il y a une autre culture de la médecine à promouvoir et à valoriser.**

Exemples :

> L'accouchement non médicalisé : nombre de femmes regrettent de ne pas avoir eu accès, par manque de formation et d'information, par manque de lieux adaptés (maisons de naissance…), à des options d'accouchement alternatives.

> **Les médications naturelles et préventives**, que ce soit des pratiques anciennes transmises notamment en milieu rural (plantes, anciens remèdes…) que les productions plus contemporaines (aromathérapie, homéopathie, huiles essentielles…) ou relevant de soins plus physique et énergétiques (souvent reléguées, à tort, dans le bien être).

ANNEXE : ANALYSE CROISEE ENTRE CES AXES ET LES PISTES D'ACTIONS EVOQUEES EN ATELIERS (COMPTE-RENDUS)

Le Plan du projet de CLS

Axe 1 : Agir pour des comportements favorables à la santé
1.1. Vaccination, dépistages
1.2. Prévention, éducation santé
1.3. Activité physique, alimentation

Axe 2 : Renforcer l'accès aux soins pour tous sur le territoire
2.1. Attractivité et appui aux professionnels (coordination)
2.2. Accès transport pour personnes en difficulté
2.3. Communication entre professionnels
2.4. Parcours de santé des femmes
2.5. Santé mentale

Axe 3 : Encourager des environnements et milieux propices à la santé
3.1. Sensibilisation à la santé environnementale
3.2. Exposition aux perturbateurs endocriniens
3.3. Exposition aux moustiques, tiques…
3.4. Qualité de l'eau, qualité de l'air
3.5. Sensibilisation qualité de vie et bien-être au travail

Axe 4 : Contribuer au vivre ensemble et au renforcement des liens de proximité
4.1. Violences faites aux enfants, jeunes et femmes
4.2. Accompagnement des aidants non professionnels
4.3. Coopérations multi-partenariales locales en direction des personnes en souffrance psychique

Analyse croisée entre grands thèmes, axes et pistes d'actions

GRANDS THEMES DU DIAGNOSTIC ORS	PISTES D'ACTIONS PROPOSEES DANS LES ATELIERS DE LA CAPB
Etat de santé général & problématiques sociales	**Axe 1 :** - Bus itinérant Prévention Santé - Améliorer les taux de dépistage organisé des cancers - Communiquer et promouvoir auprès du grand public une bonne hygiène de vie pour prévenir l'apparition des cancers - Intervenir auprès des gens avec cancer ou guéris pour favoriser leur bien-être physique et mental
	Axe 2 : - S'appuyer sur les Maisons de santé (MSP) et le développement de CPTS en PB intérieur - Favoriser et accompagner le regroupement des professionnels de santé - Faciliter l'installation et le renouvellement de médecins généralistes sur le territoire - Accessibilité à la médecine par le patient S**ur les troubles psy :** - Créer du lien entre les professionnels pour favoriser la connaissance de

	l'existant et les partenariats - Encourager les actions de communication / sensibilisation envers les élus - Encourager la pratique sportive des personnes présentant des troubles psychiques (un lieu pour pratique sportive adaptée à ce public, intégrant méditation, relaxation ?)
Santé environnementale	**Axe 3 :** - Recenser et prioriser le développement des actions nesting (sur les risques liés à la pollution intérieure) - Améliorer les connaissances locales sur l'évaluation de l'impact sanitaire de la qualité de l'air - Informer les usagers sur la qualité des eaux de baignade (récréatives, littorales, lacustres et fluviales) au travers d'actions de sensibilisation et d'études expérimentales, environnementales et sanitaires
	Piste d'action abandonnée en atelier : "Favoriser l'accès à un environnement extérieur de qualité" (Axe 3 - Objectif 4) : qualité de l'eau potable, taux d'émissions d'oxydes d'azote et particules fines, exposition au radon pour certaines communes.
Offre et recours aux soins	**Axe 1 :** - Bus itinérant "être acteur de sa santé sur prévention, éducation, info sur l'accès aux soins - Améliorer les taux de dépistage organisé des cancers - Communiquer et promouvoir auprès du grand public une bonne hygiène de vie pour prévenir l'apparition des cancers - Intervenir auprès des gens avec cancer ou guéris pour favoriser leur bien-être physique et mental
	Axe 2 : - S'appuyer sur les Maisons de santé (MSP) et le développement de CPTS en PB intérieur - Favoriser et accompagner le regroupement des professionnels de santé - Faciliter l'installation et le renouvellement de médecins généralistes sur le territoire - Accessibilité à la médecine par le patient
Publics à cibler : personnes vieillissantes & âgées	**Axe 1 :** - Renforcer et maintenir l'état de santé des personnes en perte d'autonomie et leurs aidants par l'activité physique - Améliorer les taux de dépistage organisé des cancers - Communiquer et promouvoir auprès du grand public une bonne hygiène de vie pour prévenir l'apparition des cancers - Intervenir auprès des gens avec cancer ou guéris pour favoriser leur bien-être physique et mental
	Axe 3 : **-** Améliorer les connaissances locales sur l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique (personnes âgées entre autres publics cible)
	Piste d'action abandonnée en atelier : "Accompagner les malades chroniques à mieux vivre avec leur pathologie" (Axe 1 - Objectif 4)
Publics à cibler : jeunes	**Axe 1 :** - Conduire des actions de sensibilisation / formation à la nutrition (alimentation,santé bucco-dentaire, actiité physique) pour tous (jeunes entre autres publics cible) - Améliorer l'accessibilité à l'activité physique pour tous - Prévenir les comportement à risque et favoiser le développement de compétences psychosociales : aider les jeunes à s'approprier des moyens d'opérer les bons choix et d'adopter des comportements favorables pour eux-mêmes et pour autrui
	Axe 3 : - Informer les usagers sur la qualité des eaux de baignade (récréatives, littorales, lacustres et fluviales) au travers d'actions de sensibilisation et d'études expérimentales, environnementales et sanitaires (jeunes entre autres publics cible)

	Axe 4 : - Protection des jeunes enfants contre les violences dès le plus jeune âge (0 - 11 ans) - Lutter contre les violences chez les adolescents et jeunes adultes (11 - 18 ans)
Publics à cibler : femmes	**Axe 2 :** - Accessibilité à la médecine par le patient (coordination, formation "d'habitants-relais", consultations de proximité…) : pas spécifiquement ciblé pour les femmes - Améliorer l'accès aux soins dentaires des publics vulnérables (femmes seules avec enfants entre autres publics cible)
	Axe 3 : - Recenser et prioriser le développement des actions nesting (sur les risques liés à la pollution intérieure) (femmes enceintes entre autres publics cible) - Améliorer les connaissances locales sur l'évaluation de l'impact sanitaire de la qualité de l'air (femmes enceintes entre autres publics cible)
	Axe 4 : - Poursuite des travaux initiés contre les violences faites aux femmes
	Piste d'action abandonnée en atelier : "Contribuer à améliorer le parcours de santé des femmes" (Axe 2 - Objectif 4)
Publics à cibler : aidant·e·s	**Axe 1 :** - Renforcer et maintenir l'état de santé des personnes en perte d'autonomie et leurs aidants par l'activité physique
	Axe 4 : **-** Détecter les aidants non professionnels, les informer et sensibiliser sur le statut, les aides et accompagnements dont ils peuvent bénéficier (des informations qui restent à centraliser…)