



Contrat Local de Santé 2026-2030 Grand Châtelleraut

Fait à Châtellerault, le 26 novembre 2025

Pour l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine




Pour la Communauté d'Agglomération de Grand Châtellerault



Pour la Préfecture de la Vienne



Pour le Conseil Départemental de la Vienne



Pour le Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers – Site de Châtellerault



Pour le Centre Hospitalier Henri Laborit



Pour la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Vienne



Pour la Caisse d'Allocations Familiales de la Vienne



Pour la Mutualité Sociale Agricole Poitou



Pour la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé du Pays Châtelleraudais



Pour l'Éducation Nationale



Pour le Groupement de Coopération Sanitaire Itinéraire Santé de la Vienne



Edito

« *La santé n'est pas une affaire individuelle, c'est une construction collective.* »

— Margaret Chan, ancienne directrice générale de l'Organisation Mondiale de la Santé (novembre 2007 – juin 2017)

En 2018, lorsque nous avons signé le premier Contrat Local de Santé, la santé se positionnait dans les questions importantes mais ne se trouvait pas encore au cœur du débat public ; le contexte était tout autre.

Depuis, la crise sanitaire a profondément changé notre regard : elle a rappelé à chacun combien la santé est un bien commun, une responsabilité partagée, un pilier essentiel de la cohésion territoriale. Aujourd'hui, pour le territoire de Grand Châtelleraut, nous voulons aller plus loin. Ce nouveau Contrat Local de Santé n'est pas une simple actualisation : c'est une démarche repensée, plus opérationnelle, plus proche des réalités de terrain et surtout plus utile au quotidien pour les habitants du territoire.

Ces dernières années, nous avons agi pour promouvoir la santé sur le territoire.

L'aide à l'installation a conduit 36 professionnels de santé libéraux – médecins, dentistes, kinésithérapeutes, infirmiers, orthophonistes, sages-femmes – à choisir une implantation durable sur notre territoire. C'est le fruit d'un engagement collectif et d'un investissement fort pour maintenir un accès aux soins de proximité. Cela signifie pour les habitants, des professionnels de santé plus proche du domicile et un parcours de soins plus fluide.

Nous avons également tissé un réseau solide: plus de 500 partenaires reçoivent désormais notre infolettre santé mensuelle, qui relaie les actualités, les initiatives et les projets. Ce lien régulier entre acteurs locaux fait la richesse de notre politique de santé. Ce réseau vivant permet la communication et la mise en œuvre d'actions en lien avec les besoins de la population du territoire.

Et parce que bien vieillir chez soi est un enjeu majeur, nous avons œuvré pour faire vivre la "Charte pour la préservation de l'autonomie" en partenariat étroit avec la MSA Poitou et en collaboration avec de nombreux acteurs du territoire. Cette démarche, expérimentale à l'échelle nationale, témoigne de notre capacité à innover au service des seniors, des aidants et de la qualité de vie à domicile.

Ce travail a mis en évidence le besoin prégnant d'un lieu de ressources pour les aidants des aînés et plus globalement de tous les aidants, nous avons donc créé avec MSA Services Poitou une maison LISA – Lieu d'Information et de Soutien des Aidants. Elle est aujourd'hui installée à Châtelleraut et a pour vocation de proposer une itinérance sur le territoire pour rapprocher l'offre de service au besoin.

Mais nous devons aussi regarder avec lucidité les défis à venir :

La démographie médicale se dégrade, les équilibres entre zones rurales et urbaines se fragilisent, et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), encore inexistantes en 2018, sont aujourd'hui des partenaires incontournables. Dans ce contexte, il nous faut trouver les bonnes complémentarités et agir collectivement pour garantir un accès équitable à la santé.

La crise sanitaire du COVID et ses conséquences sur la santé mentale, les changements climatiques et le vieillissement de la population doivent nous amener à réfléchir autrement.

Une enquête santé, menée auprès de la population avec un retour de plus de 1 250 habitants, nous a permis de recueillir attentes, perceptions et propositions. Ces contributions nourrissent désormais les groupes de travail associant l'ensemble des acteurs du territoire : institutions, professionnels de santé, associations, habitants.

C'est tout le sens du CLS nouvelle génération que nous vous proposons aujourd'hui avec une vocation opérationnelle et en réponse aux besoins du territoire.

Les cinq axes prioritaires fixés par l'Agence Régionale de Santé — accès aux soins, prévention, santé mentale, médico-social et santé environnementale — guident notre feuille de route. À ces priorités, nous avons ajouté un axe transversal de communication, indispensable pour faire connaître, partager et fédérer les initiatives. La création de cet axe complémentaire a été plébiscitée par les partenaires et rappelle l'enjeu primordial de travail en réseau et de l'impératif de faire connaître les dispositifs existants.

Notre ambition est simple : que la santé, dans toutes ses dimensions, devienne une force d'attractivité, de solidarité et d'équilibre pour Grand Châtellerauld et ses habitants.

Un contrat local de santé, c'est bien plus qu'un document. C'est un engagement collectif, un outil concret, et surtout une démarche humaine au service de celles et ceux qui font vivre notre territoire.

Anne-Florence Bourat

Vice-Présidente en charge des politiques de santé – Grand Châtellerauld

Sommaire

1 Cadre et enjeux du CLS.....	4
1.1 Définition de la santé.....	4
1.2 Qu'est-ce qu'un CLS ?.....	4
1.3 Le pilotage, les signataires et l'articulation des politiques publiques.....	5
Le pilotage.....	5
Les signataires.....	7
Les principes politiques partagées.....	9
L'articulation des politiques publiques pour la réduction des ISETS.....	10
2 Évaluation du CLS 2018-2022.....	11
2.1 Rappel des signataires et des fiches-actions.....	11
2.2 Évaluation des différentes fiches-actions.....	12
2.3 Questionnaire ORS.....	12
3 Diagnostic.....	13
3.1 Données ORS.....	13
Le territoire.....	14
La population.....	15
L'état de santé.....	16
L'offre de soins libérale et le recours aux soins.....	17
Les déterminants de santé.....	18
Les jeunes.....	20
Les personnes âgées.....	21
3.2 Enquête habitants.....	21
Données générales.....	22
Commune d'habitation	23
Mobilité.....	24
Santé.....	24
3.3 Groupes de travail.....	26
3.4 COPIL/Acteurs.....	28
4 Les axes stratégiques du contrat.....	30
4.1 Accès aux soins et premier recours.....	31
4.2 Prévention et promotion de la santé.....	31
4.3 Santé mentale, souffrance psychosociale et addictions.....	32
4.4 Médico-social.....	32
4.5 Santé environnementale.....	33
4.6 Axe transversal : la communication.....	33
5 Modalités de mise en œuvre du contrat suivi et d'évaluation du contrat.....	33
6 Modalités de suivi et d'évaluation du contrat.....	33
7 Durée de validité du CLS.....	33
8 Annexes.....	35
8.1 Glossaire.....	35
8.2 Référentiel de compétences du coordinateur CLS.....	37
8.3 Questionnaire habitants.....	42
8.4 Bibliographie.....	43

1 Cadre et enjeux du CLS

1.1 Définition de la santé

La santé a été définie en 1946 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité.* »

De part cette définition, la santé est prise en compte dans sa globalité. Elle n'est pas définie comme l'opposition à la maladie, c'est-à-dire un problème organique, tel que le chirurgien René Leriche avait pu le spécifier en 1936 avec « *la vie dans le silence des organes.* »

1.2 Qu'est-ce qu'un CLS ?

Le Contrat Local de Santé (CLS) se fonde sur l'article L.1434-10 du Code de la Santé Publique et est défini de la façon suivante :

- **Une démarche « contractuelle, partenariale et intersectorielle » associant :**
 - ✓ des partenaires signataires (a minima collectivité territoriale ou Etablissement Public de Coopération Intercommunale - EPCI, Agence Régionale de Santé – ARS, Préfecture, Département, organismes de protection sociale et établissements de santé)
 - ✓ des acteurs du champ de la santé et des autres politiques publiques impactant favorablement la santé (éducation, aménagement du territoire, nutrition - alimentation et activité physique, logement et habitat, etc.)
 - ✓ des habitants
- **Une démarche « territoriale » mise en œuvre sur un territoire de projet (EPCI, commune de forte densité populationnelle, voire un territoire plus vaste type bassin de vie)**
- **Une « démarche-projet »** structurée autour d'un diagnostic local de santé partagé, de l'élaboration d'un plan d'action et de modalités de suivi et d'évaluation
- **Une approche « globale » de la santé :** portant sur la prévention et promotion de la santé, l'accès aux soins, l'accompagnement médico-social et les déterminants sociaux.

Il a vocation à :

- décliner le Projet Régional de Santé (PRS) et le Schéma Régional de Santé (SRS), ce qui inclut le Plan Régional Santé Environnement (PRSE) ainsi que la stratégie régionale en faveur de la petite enfance en santé environnementale et le Programme Régional pour l'Accès aux Soins et à la Prévention des plus démunis (PRAPS)
- réduire les inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé (à l'échelle régionale et à l'échelle locale) en développant des conditions environnementales et sociales favorables à l'état de santé des populations
- décliner le volet santé des contrats de ville et des contrats territoriaux en promouvant l'intérêt des collectivités ou des EPCI et des partenaires institutionnels de l'ARS sur le champ de la santé

- promouvoir des parcours de santé plus cohérents à l'échelle locale et adaptés aux besoins des territoires.

Il s'articule avec les autres démarches territoriales ayant un impact sur la santé (notamment la politique de la ville, la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et sur la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement).

Le CLS a pour objectif de :

- consolider le partenariat local sur les questions de santé, dans le cadre de la nouvelle organisation issue de la loi de 2009 dite « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) et renforcée par la loi de 2016 de modernisation de notre système de santé,
- soutenir les dynamiques locales de santé, sur le territoire de la Communauté d'Agglomération de Grand Châtellerault (CAGC), en favorisant une prise en compte globale de la politique régionale de santé, et en tenant compte des spécificités du territoire,
- renforcer la qualité de la politique de santé mise en œuvre au niveau local, dans le respect des programmations établies par l'État, des objectifs inscrits dans le PRS de l'Agence Régionale de Santé, et de la politique communautaire définie par les élus de la Communauté d'Agglomération de Grand Châtellerault,
- permettre la coordination des financeurs, des acteurs et des politiques publiques qui agissent sur la santé en proposant un pilotage unifié et décloisonné sur différents champs : promotion et prévention de la santé (dont problématiques de santé-environnement), soins ambulatoires et hospitaliers, accompagnement médico-social (et au besoin veille et sécurité sanitaire),
- promouvoir et garantir le respect des droits des usagers du système de santé : il tend à faciliter l'accès pour tous, et notamment des personnes démunies, aux soins, aux services et à la prévention.

Il s'appuie sur les initiatives de démocratie sanitaire, à la fois institutionnelles (Conseil Territorial de Santé (CTS), Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA)) et locales (réunions publiques, débats, enquêtes, etc.).

1.3 Le pilotage, les signataires et l'articulation des politiques publiques

Le pilotage

Cinq instances sont mises en place pour permettre une mise en œuvre partenariale du contrat :

- **Deux instances stratégiques :**
 - ✓ **Le Comité de pilotage (COPIL) restreint**, instance décisionnelle du CLS, est composé exclusivement des signataires.

De par sa composition, il a une capacité d'interpellation des institutions.

Les signataires institutionnels (Collectivité, ARS, Préfecture) qui mettent des moyens financiers, humains ou matériels pour le fonctionnement du CLS, y ont une voix décisionnelle.

Ses missions : il est chargé de formuler les orientations stratégiques du contrat. Il est également en charge, à travers chacun de ses membres, de l'articulation avec les grands

cadres spécifiques à chacun des signataires (PRS, Projet territorial de santé, Plan de lutte contre la pauvreté et l'exclusion...).

Il est réuni à l'initiative du porteur du CLS ou des signataires au moins deux fois par an.

- La première rencontre est consacrée à :
 - la prise en compte des difficultés ou des inflexions nécessaires dans la mise en œuvre du CLS,
 - la définition des travaux à engager pour l'année N+1
- La seconde rencontre sera consacrée au bilan de l'année, à l'évaluation de la politique menée et aux inflexions nécessaires à prendre en compte pour les années suivantes.
- ✓ **Le Comité de pilotage (COPIL) élargi ou comité d'acteurs** : il est composé, outre des membres du comité de pilotage restreint, de :
 - Les établissements de santé
 - Les représentants des libéraux locaux (associations) et institutionnels (Conseil de l'ordre des médecins, URPS médicaux et paramédicaux, etc.)
 - Les représentants des usagers
 - Les habitants
 - Les grands partenaires départementaux (MSP, antenne départementale de la structure de gestion du dépistage organisé des cancers, centres de santé)
 - Les Directions Départementales Interministérielles (Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités – DDETS, Direction Départementale des Territoires – DDT)

Ces partenaires, s'ils peuvent participer aux travaux du comité de pilotage, n'y disposent que d'une voix consultative.

Ses missions : il participe au processus d'élaboration des décisions (fonction de concertation notamment pour la présentation du bilan de l'activité et pour débattre des perspectives du CLS).

Ce comité de pilotage élargi se réunit à l'initiative de la collectivité et/ou de la délégation départementale de l'ARS au moins une fois par an.

• Une instance technique : le comité technique (COTECH)

Le Comité technique ou équipe projet est composé de représentants des signataires (réfèrent CLS de la collectivité et réfèrent CLS de la délégation départementale de l'ARS) et d'autres membres du COPIL restreint (Préfecture, de l'assurance maladie et du Département, etc.) et si besoin, des membres des groupes de travail thématiques.

Ses missions : il prépare la stratégie du COPIL élargi et sa mise en œuvre opérationnelle. Il s'agit d'une instance de réflexion méthodologique. Il soutient les groupes de travail thématiques en apportant une aide à la mise en œuvre, au suivi technique et à l'évaluation en veillant à la cohérence entre les différentes démarches territoriales de santé. Il permet aussi de donner une vision d'ensemble de la démarche et de son avancement aux personnes impliquées au niveau opérationnel sur une ou plusieurs thématiques.

Il doit être réuni au moins une fois par semestre.

- **Des groupes de travail thématiques :**

Ils sont composés d'acteurs locaux positionnés sur des niveaux opérationnels (porteurs des fiches actions et autres).

Ils constituent si nécessaire la structure de base de la production du CLS. Organisés autour d'axes thématiques et populationnels, ils portent sur l'élaboration et la mise en œuvre concrète des actions ainsi que sur l'identification de nouveaux besoins émergents.

- **Une mission de coordination :**

La coordination CLS est une fonction essentielle dans la conduite de la démarche CLS. Elle s'appuie sur un coordinateur CLS avec le soutien de la Direction générale des services de la collectivité.

Le coordinateur CLS a en charge l'animation de la démarche projet et une mission de mobilisation partenariale visant à assurer la transversalité et l'intersectorialité nécessitant une connaissance de tous les secteurs pouvant impacter la santé des populations (*cf. annexe n°2 – 8.2 Référentiel de compétences du coordinateur CLS¹*).

Si le coordinateur CLS est placé juridiquement sous la responsabilité de la Collectivité territoriale, ses missions ont vocation à être menées sous une responsabilité conjointe avec la délégation départementale de l'ARS et plus collégialement avec les différentes parties contractantes

Le coordonnateur CLS doit pouvoir bénéficier de la légitimité nécessaire pour mobiliser les différentes catégories d'acteurs en interne comme en externe.

Les signataires

La Communauté d'Agglomération de Grand Châtellerault, engagée de longue date dans une politique locale de santé publique, considère que la signature d'un Contrat Local de Santé constitue une opportunité de conforter et développer les actions qu'elle mène ou soutient sur son territoire, à travers ses différents services et en partenariat avec les structures associatives et institutionnelles.

L'ARS a souhaité s'engager dans la signature de CLS avec les communes et établissements publics de coopération intercommunale de Nouvelle-Aquitaine, ces contrats apparaissant comme l'un des outils privilégiés pour lutter contre les Inégalités Sociales, Environnementales et Territoriales de Santé (ISETS), prévus par la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST).

Le CLS de la CAGC s'inscrit dans le Projet Régional de Santé (PRS) défini par l'Agence et son Schéma Régional de Santé (SRS) pour 2018-2028 en vigueur, ainsi que dans les plans et schémas qui en découlent ou succéderont.

Le Préfet du Département de la Vienne via la Sous-Préfète de Châtellerault, attaché à ce que les questions de santé soient l'un des enjeux importants de la politique de cohésion sociale d'une part, et de l'ensemble des politiques publiques d'autre part, s'impliquent également dans la contractualisation. Il est conscient des enjeux de coordination des politiques publiques sur le territoire par les services préfectoraux et sous-préfectoraux.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de la Vienne protège durablement la santé de chacun en agissant auprès de tous. Elle exerce à cet effet des activités diversifiées, dans le respect

1 Annexes – 8.2 Référentiel de compétences du coordinateur CLS ; page 37

de ses valeurs et des engagements pris envers l'État. Parmi ces activités figurent celles de garantir l'accès universel aux droits et de permettre l'accès aux soins : rembourser, orienter, et informer sont autant de leviers pour garantir l'accès universel aux droits et permettre l'accès aux soins. Pour cela, l'Assurance Maladie a engagé une démarche complète, permettant de fluidifier le parcours de l'assuré et de faciliter l'ouverture, la connaissance de ses droits, l'accès territorial comme financier aux soins, et de proposer aux personnes en situation de vulnérabilité un accompagnement attentionné.

La Mutualité Sociale Agricole Poitou (MSA), organisme de protection sociale, s'inscrit dans le dispositif Contrat Local de Santé dans le cadre d'une offre de service global. L'accompagnement proposé par la MSA auprès des adhérents agricoles, la démarche de développement social territorial menée, la promotion de la santé et notamment de la santé mentale sont quelques exemples de l'expertise de la MSA sur ce territoire. Le développement de ses actions favorise l'accès aux droits et à l'information, concourt aux projets de solidarité et de citoyenneté, encourage la prévention et la promotion de la santé et favorise l'offre des services de proximité. La participation et la mobilisation des acteurs, à toutes les phases des projets menés, caractérisent l'action de la MSA qui reste à l'écoute d'actions innovantes, pour lesquelles elle peut contribuer de par sa connaissance des territoires et l'expertise disponible dans les différents services de l'institution.

La CAF de la Vienne (Caisse d'Allocations Familiales), fortement engagée dans la vie locale en faveur de l'accès aux soins, l'accès aux droits et de la réduction des inégalités sociales a souhaité rejoindre la démarche en tant que signataire du CLS de la Communauté d'Agglomération de Grand Châtelleraut.

Le Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers (CHU) est attaché à proposer à la population de Grand Châtelleraut une offre de soins alliant proximité et qualité, en partenariat étroit avec les acteurs locaux et entend assurer le rôle qui lui revient en accompagnant la mise en œuvre des actions inscrites au Contrat Local de Santé.

Le Centre Hospitalier Henri Laborit (CHHL) s'implique dans la dynamique plurielle territoriale afin de poursuivre et renforcer sa politique d'accès aux soins et d'engagements partenariaux au bénéfice des problématiques de santé mentale.

L'Éducation Nationale est engagée pour la santé des élèves. En tant que signataire, l'Éducation Nationale conforte son engagement pour que les élèves aient les clés pour maîtriser leur santé dès le plus jeune âge et puissent bénéficier d'actions de prévention ainsi que des sensibilisations et des informations à la santé mentale et environnementale.

Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) « Itinéraire Santé », porteur du Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) de la Vienne, de par son soutien à la population et aux professionnels pour l'information, l'orientation et l'amélioration de la coordination des parcours de santé complexes, accentue sa volonté de s'impliquer sur le territoire sur la partie de la santé mentale, du médico-social ainsi que de l'accès aux soins.

La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) du Pays Châtelleraudais participe à l'amélioration de l'accès aux soins, contribue à la prévention des administrés et favorise la coordination des professionnels de santé du territoire en collaboration avec la CAGC via le CLS.

Enfin, le Département de la Vienne souhaite participer activement aux CLS communaux ou intercommunaux de son territoire, afin de renforcer son action en faveur notamment de la santé des enfants, des personnes âgées et/ou en situation de handicap, des femmes enceintes et de la prévention, en cohérence avec les autres intervenants.

Par cet engagement commun, les signataires confirment leur volonté d'améliorer la réponse apportée aux besoins de santé de la population.

Les principes politiques partagées

Les partenaires signataires fondent leur action partagée sur les principes suivants :

- **définir un objectif explicite de réduction des Inégalités Sociales, Environnementales et Territoriales de Santé (ISETS)** (sans quoi nous nous exposons au risque de proposer des actions aggravant les ISETS)
- **agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé :**
« La santé d'une personne est d'abord le résultat des conditions de vie et de travail qui interagissent avec ses caractéristiques individuelles » (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé – INPES). Il est donc nécessaire d'adopter une approche globale de la santé intégrant, en dehors des interventions sur les comportements et sur l'accès au système de soins, des interventions sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé.
- **apporter des réponses graduées en fonction des besoins de la population :**
Les inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé ne touchent pas seulement les personnes les plus défavorisées. L'ensemble de la population est concerné. *« Les inégalités sociales de santé suivent une distribution socialement stratifiée au sein de la population. En d'autres termes, chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité, de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieure »* (INPES)
- **agir sur les inégalités d'accès et de continuité du système de soins :**
Certaines inégalités sont liées à l'organisation même du système de soins. C'est pourquoi les signataires attachent une importance à l'accès aux droits, à l'accès aux soins de premier recours, et à la continuité du parcours de santé. Ces accès et cette continuité doivent être particulièrement améliorés pour les personnes fragiles et défavorisées, plus sensibles aux ruptures.
- **penser et développer la participation citoyenne :**
Le renforcement des compétences (empowerment) des citoyens et notamment de ceux éloignés des processus de décision est un moyen efficace de réduire les écarts de santé. Ce renforcement doit permettre, comme pour les professionnels, d'aller vers l'association systématique des usagers à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des actions, en veillant à ce que les citoyens confrontés aux difficultés les plus importantes trouvent toute leur place.
- **promouvoir un parcours de santé cohérent et adapté à chacun :**

Favoriser la mise en œuvre de parcours cohérents de santé, allant de la prévention à la prise en charge en passant par les soins en identifiant au préalable les inégalités rencontrées dans les parcours (points de ruptures, public concernés...)

- **adopter une approche intersectorielle :**

Le CLS doit s'efforcer de faciliter les démarches transversales, pour dépasser les fonctionnements cloisonnés en mobilisant une pluralité d'acteurs issus du champ sanitaire et des autres politiques publiques et associant étroitement les habitants.

- **définir une stratégie locale d'intervention cohérente avec celles des autres échelons d'intervention** (départemental, régional, national) : pour agir efficacement sur les ISETS (mobilisation des leviers communaux insuffisante)

- **évaluer le CLS :**

Les signataires s'engagent à mesurer ensemble les résultats des actions engagées, et éventuellement de les réorienter ou de les moduler en fonction des conclusions de l'évaluation (évaluation de la démarche, des actions et des effets).

L'articulation des politiques publiques pour la réduction des ISETS

En vue d'assurer la cohérence d'ensemble du projet de territoire visant la réduction des inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé, le pilotage du Contrat Local de Santé devra s'articuler avec la gouvernance des autres dispositifs et démarches territoriales et notamment avec :

- **le projet territorial de santé**
- **la politique de la ville** : lorsqu'un ou des quartiers politiques de la ville intègre le périmètre du territoire du Contrat Local de Santé signé avec l'État, le volet «santé» du contrat de ville constitue un sous-ensemble du CLS, le programme d'action de l'Atelier Santé Ville (ASV) est partie intégrante du CLS, la gouvernance du CLS et de l'ASV est mutualisée (le COPIL est regroupé ainsi que le coordinateur afin de renforcer la cohérence des actions mises en œuvre)
- **le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)** : lorsque le territoire du CLS fait l'objet d'un CLSM, ce dernier constitue un sous-ensemble du CLS.

Les conseils locaux de santé mentale s'inscrivent comme véritables levier d'actions pour la mise en œuvre des objectifs de santé mentale définis conjointement entre l'ARS et les signataires des contrats locaux de santé.

Ils ont ainsi vocation à s'inscrire dans le cadre des projets territoriaux en santé mentale et des contrats territoriaux en santé mentale prévus à l'article 69 de la loi de modernisation du système de santé au fur et à mesure de leur déclinaison dans la région.

Une mutualisation de la coordination peut être mise en œuvre entre le CLSM et le contrat local de santé si celle-ci permet de renforcer la cohérence des actions mises en œuvre. Le cas échéant, le coordonnateur (trice) est intégré dans l'équipe de pilotage des CLS signés sur son territoire.

- **le Plan Climat Air Énergie Territorial (PCAET)**
- **les projets Action Cœur de Ville (ACV) et Petites Villes de Demain (PVD)**
- **le Projet Alimentaire Territorial (PAT)**
- **le Plan Local d'Urbanisme Intercommunal (PLUi)**
- **le Contrat pour la Réussite de la Transition Écologique (CRTE)**

2 Évaluation du CLS 2018-2022

2.1 Rappel des signataires et des fiches-actions

Le CLS de Grand-Châtelleraut 2018-2022 comprenait 10 signataires :

- La Communauté d'Agglomération de Grand Châtelleraut
- La Ville de Châtelleraut
- Le Conseil Départemental de la Vienne
- L'ARS Nouvelle-Aquitaine représentée par la Délégation Départementale de la Vienne
- La Préfecture de la Vienne représentée par la Sous-Préfecture de Châtelleraut
- La CPAM
- La MSA
- Le CHU de Poitiers – site de Châtelleraut
- Le CHHL
- L'Éducation Nationale représentée par la Direction des Services Départementaux de la Vienne

Il était réparti en 4 axes où 17 fiches-actions ont été déclinées :

1. Accès aux soins, prévention et promotion de la santé

Fiche-Action n°1 : Attractivité du territoire et Installation de nouveaux professionnels de santé

Fiche-Action n°2 : Information auprès des professionnels de santé

Fiche-Action n°3 : Accès aux dépistages

Fiche-Action n°4 : Actions de prévention et de promotion de la santé

Fiche-Action n°5 : Accès aux droits et renoncement aux soins

2. Autonomie des personnes âgées et/ou en situation de handicap

Fiche-Action n°1 : Information sur les aides, dispositifs et acteurs ressources

Fiche-Action n°2 : Coordination des acteurs dans le parcours de santé

Fiche-Action n°3 : Mobilité des personnes âgées ou en situation de handicap

Fiche-Action n°4 : Prévention auprès des personnes âgées ou en situation de handicap

3. Santé mentale, souffrance psychosociale et addictions

Fiche-Action n°1 : Sensibilisation et information grand public

Fiche-Action n°2 : Sensibilisation, formation et échanges de pratiques entre professionnels

Fiche-Action n°3 : Coordination des parcours en santé mentale

Fiche-Action n°4 : Bien être et estime de soi

4. Santé environnementale

Fiche-Action n°1 : Mon logement, ma santé !

Fiche-Action n°2 : Lutte contre l'habitat insalubre

Fiche-Action n°3 : Mon cadre de vie, ma santé !

Fiche-Action n°4 : Environnement et politique publique

2.2 Évaluation des différentes fiches-actions

Le CLS 2018-2022 a été impacté par la crise sanitaire COVID-19. Cependant, il a malgré tout été rythmé par plusieurs temps de travail : COPIL, assemblées plénières, COTECH et groupes de travail pour chacun des axes.

Plusieurs actions sont à mettre en évidence lors de ce CLS :

- Diffusion d'une infolettre santé mensuelle à destination des acteurs du territoire comportant plus de 500 partenaires la recevant sur le territoire
- Travail sur l'attractivité du territoire avec la création d'un dépliant à destination des professionnels de santé et la mise en place de l'aide à l'installation pour les professionnels de santé libéraux. Depuis son instauration, 36 professionnels de santé libéraux ont pu bénéficier de cette aide (médecins généralistes, médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers libéraux, orthophonistes et sage-femmes)
- Co-pilotage de la « Charte territoriale de solidarité avec les aînés » avec MSA Poitou qui s'est poursuivie avec la « Charte pour la préservation de l'autonomie » toujours en co-pilotage avec MSA Poitou. Cette charte est expérimentale sur le territoire nationale.

2.3 Questionnaire ORS

Une enquête de bilan auprès des acteurs du territoire a été menée par l'Observatoire Régional de Santé Nouvelle-Aquitaine (ORS-NA) afin de recueillir leur avis sur :

- la gouvernance et la coordination du CLS ;
- la plus-value du CLS ;
- la communication santé sur le territoire ;
- les principales problématiques à traiter dans le cadre du nouveau contrat.

Elle s'est déroulée de mi-mars à début mai via une campagne de mailing. La durée du questionnaire était de 15 à 20 minutes. Toutes les réponses ont été traitées anonymement.

126 personnes ont été sollicitées avec un taux de participation à hauteur de 30 %. Ce sont des élus qui ont le plus répondu (11 répondants), des services de collectivités territoriales (10 répondants) et des associations de santé/santé-environnement (6 répondants).

L'ensemble des éléments relatés ci-dessous sont issus des retours des répondants.

Connaissance du CLS : Moins d'un tiers des répondants a participé au CLS. Parmi ceux qui ont pris part, la majeure partie était aux groupes de travail.

Gouvernance et définition du CLS : La composition du COPIL est considérée adaptée aux enjeux pour la moitié des acteurs. Pour ceux qui ne la jugent pas adaptée, il faut inclure les représentants des professionnels de santé, les membres des communes hors Châtelleraut, les usagers/citoyens et faire une place aux structures d'insertion par l'activité économique.

Le territoire du CLS est pertinent pour les acteurs. A l'inverse, l'identification de la coordinatrice est à améliorer. Presque la moitié ne connaissent pas ses coordonnées.

Information : La majorité des répondants, disent ne pas avoir reçu d'informations par le CLS et sont demandeurs à en avoir plus.

Plus-value ou contribution du CLS : Pour les acteurs, nous relevons que le CLS a contribué à l'élaboration de nouvelles actions sur le territoire, se connaître et renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé conduites au bénéfice de la population. Le CLS a également permis l'amélioration de la coordination entre acteurs ainsi que le renforcement de la prise en compte de la santé et de ses déterminants dans les enjeux de la collectivité. De manière générale, les répondants jugent que sans le CLS, la majorité des actions auraient été mises en place mais il les a enrichies.

Les problématiques prioritaires évoquées : Les thématiques jugées prioritaires sont l'accès aux soins, à l'offre de soins ainsi que la santé mentale. Dans un second temps, la santé sexuelle et l'accès à la prévention sont vues comme prioritaires.

Bilan général : Pour le CLS 2018-2022, le bilan peut apparaître contrasté. La principale difficulté a été la mise en place du CLS et l'identification de la coordinatrice. Cependant, d'après les acteurs, la nouvelle dynamique semble meilleure.

Pour le prochain CLS 2025-2029, les observations vont permettre de connaître les pistes d'améliorations. Tout d'abord, la composition du COPIL a été revue. Des élus des communes de la CAGC sont désormais parties prenantes. L'objectif est aussi de mettre en avant les actions portées par le CLS afin qu'il soit identifié en tant porteur.

De plus, le contexte a changé. La santé est désormais jugée comme prioritaire pour la population mais aussi pour les acteurs du territoire. La baisse de la démographie médicale et paramédicale, l'augmentation du nombre de pathologies chroniques et/ou dégénératives ou encore le vieillissement de population expliquent la place de plus en plus importante que prend la santé pour les administrés.

3 Diagnostic

3.1 Données ORS

L'ORS met à disposition, via l'ARS et la CAGC, une fiche d'indicateurs (population, état de santé, offre de soins libérale et recours aux soins, déterminants de santé, les jeunes et les personnes âgées) pour le CLS de Grand Châtellerault permettant une comparaison du territoire de la CAGC il y a quelques années mais aussi par rapport aux moyennes départementales, régionales et nationales.

Le document relatant les différents indicateurs par l'ORS a été diffusé en juin 2023 et une actualisation a été faite en septembre 2025.

En tout, 153 indicateurs sont recensés permettant la mise à jour du diagnostic de notre territoire.

COMMUNAUTÉ DE COMMUNES
DU PAYS LODOIS

COMMUNAUTÉ DE COMMUNES
DU HAUT-POITOU

GRAND CHÂTELLERAUL
COMMUNAUTÉ D'AGGLOMÉRATION

GRAND POITIERS
COMMUNAUTÉ URBAINE

COMMUNAUTÉ DE COMMUNES
DES VALLÉES DU PLAIN

COMMUNAUTÉ DE COMMUNES
DU CIVRAISIEN EN POITOU

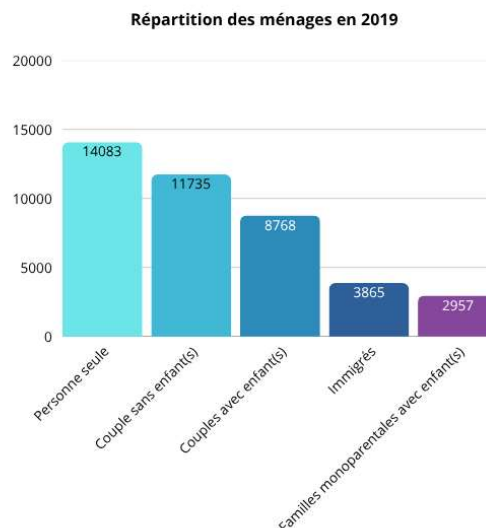
COMMUNAUTÉ DE COMMUNES
DE VENNE ET CAUTERRE

La superficie est de 1 133,8 km² où 82 964 habitants vivent soit une densité de population de 73,2 habitants/km².

La population

Le territoire de Grand Châtelleraut regroupe 82 964 habitants en 2022. En 2019, le nombre de ménage est de 41 408, réparti de la façon suivante :

- Personne seule : 14 083
- Couple sans enfant : 11 735
- Couple avec enfant(s) : 8 768
- Immigrés : 3 865
- Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans : 2 957



Entre 2015 et 2021, l'évolution annuelle moyenne de la population est de -0,31.

L'indice de vieillissement pour la CAGC est dans la moyenne régionale mais reste très élevé par rapport à la moyenne nationale : 115 personnes de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans. Il est de 114 pour la Région Nouvelle-Aquitaine contre 87,5 pour la France Hexagonale.

Le taux annuel moyen d'évolution de la population des moins de 25 ans est de -0,79 quant à celui des 75 ans et plus, il est de +0,33.

Le pourcentage de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules au sein de la CAGC (42,4%) correspond au pourcentage départemental (41,1%) et national (42,2%). Lorsque nous distinguons hommes et femmes, nous retrouvons majoritairement des femmes de 75 ans ou plus qui habitent seules (75,7%) que d'hommes (24,3%).

Le rapport de dépendance des moins de 20 ans et 65 ans ou plus par rapport aux 20-64 ans est de 92,6. Il est au-dessus de la moyenne départementale (84,2), régionale (84,8) et nationale (79,4). Ce rapport élevé sous-entend une forte pression économique pour les actifs.

Au sein de la CAGC, les trois catégories d'âge les plus représentées sont : les 60-74 ans (20,7%), les 45-60 ans (20,4%) et les 25-44 ans (20,1%).

Le nombre de personnes de 60-74 ans est supérieur aux moyennes départementale (18,2 %), régionale (19,7 %) et nationale (17,2 %). A l'inverse, la part de jeunes actifs, 25-44 ans, est inférieure aux moyennes départementale (22,1 %), régionale (22,2 %) et nationale (24,2 %) contre 20,1 % à la CAGC.

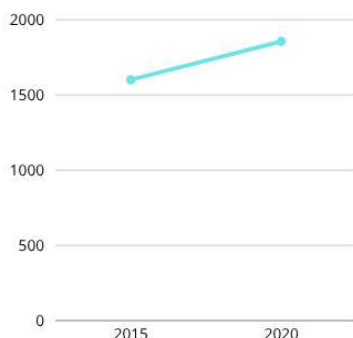
Pour la catégorie 0-17 ans, elle équivaut à 20,1 % de l'ensemble des tranches d'âge. Elle est supérieure à la moyenne départementale (19,8%) et régionale (18,8%). La moyenne nationale est quant à elle, légèrement au-dessus (20,9 %).

Le constat est que nous avons une population active moins représentée que la population inactive.

L'état de santé

Pour l'état de santé de la population de la CAGC, il se mesure en fonction d'indicateurs relatifs à la mortalité et aux maladies chroniques selon le dispositif des Affections Longues Durée (ALD).

Evolution du nombre de personnes en ALD entre 2015 et 2020

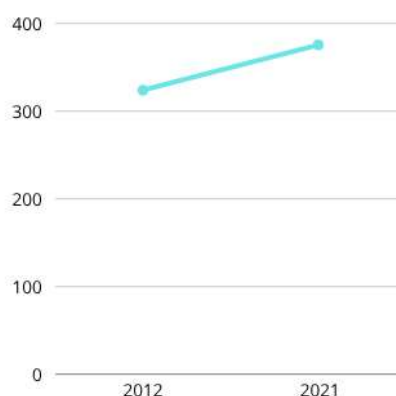


Concernant les indicateurs de la population du territoire, nous sommes dans la moyenne nationale.

En 2020, pour 10 000 personnes, le taux de personnes en ALD est de 1855,1. Ce taux était, en 2015, de 1600,4. En 5 ans, cela représente une augmentation de 15,9 %.

Toujours pour les évolutions défavorables, le taux de femmes déclarées en ALD pour cancer. En 2012, le taux était de 324 et est passé, en 2021, à 375,6, soit une augmentation de 15,9 %. Cependant, le nombre de femmes décédées par cancer a diminué de 15,6 % entre 2003-2007 et 2013-2017. Le taux, en 2013-2017 est de 16,8 pour 10 000 femmes et est légèrement en-dessous du taux national (17,5) et départemental (17,6).

Evolution du taux de femmes déclarées en ALD pour cancer entre 2012 et 2021



Entre 2012 et 2021, le nombre d'hommes en ALD pour maladies cardio-vasculaire a augmenté de 30,8 % et pour les femmes de 32,5 %.

En 2021, pour 10 000 hommes, 947,3 ont été déclarés en ALD pour maladie cardio-vasculaire à la CAGC, 899,8 au niveau nationale et 870,8 au niveau départemental. Pour les femmes, sur 10 000, 394,6 ont été annoncées en ALD pour maladie cardio-vasculaire à la CAGC, 413,1 en France et 366,3 dans le Département de la Vienne. Ces données dans la CAGC sont dans la moyenne nationale et départementale.

Toujours sur les mêmes années, le nombre de femmes en ALD pour maladie respiratoire a augmenté de 34,5 %. Nous sommes dans la moyenne nationale.

Le taux d'évolution d'hommes et de femmes en ALD pour affection psychiatrique a lui aussi augmenté. Pour les hommes, l'évolution est de 32 % entre 2012 et 2021, et pour les femmes, il est

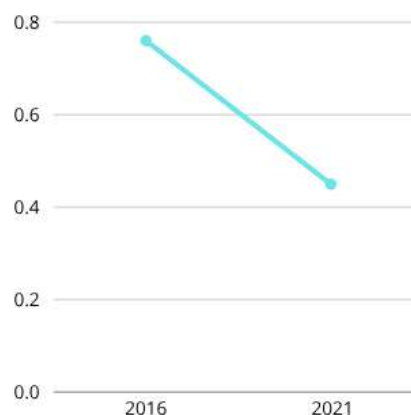
de 33 %. Le taux de personnes en ALD pour affection psychiatrique est de 229,1 pour 10 000 hommes et de 266,9 pour 10 000 femmes à la CAGC. Au niveau national, il est de 239,8 pour 10 000 hommes et de 265,2 pour 10 000 femmes. Nous sommes dans la moyenne nationale.

Ces augmentations, toutes supérieures à 15 % voire même à 30 %, sont dues à des facteurs tels que l'allongement de l'espérance de vie, l'augmentation des pathologies (comme le diabète ou les cancers par exemple) mais aussi l'élargissement des critères d'admission en ALD.

A contrario, des évolutions sur l'état de santé des habitants de la CAGC sont favorables. Par exemple, le taux de personnes de 10 ans et plus, hospitalisés pour tentative de suicide a diminué de 34,5 % entre 2016 et 2021. Le pourcentage s'est abaissé de 17 % en 10 ans (entre 2003-2007 et 2013-2017) concernant les décès évitables par des actions de prévention.

Le nombre d'hommes admis dans l'année en ALD pour maladie cardiovasculaire a diminué de 27,2 % entre 2017-2019 et 2019-2021.

Evolution du nombre de personnes de 10 ans et plus, hospitalisé pour tentative de suicide entre 2016 et 2021

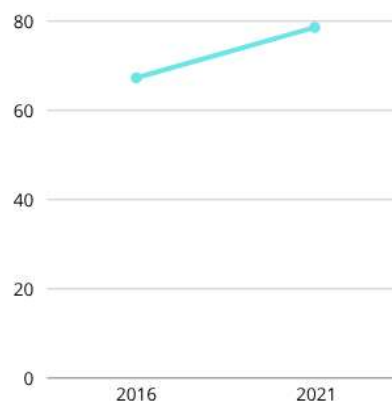


L'offre de soins libérale et le recours aux soins

L'offre de soins libérale et l'accès au recours aux soins ne doit pas seulement prendre en compte le nombre de professionnels sur un territoire mais les indicateurs liés à l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) ainsi que les taux de recours aux professionnels de santé doivent être pris en compte.

De façon générale, les indicateurs de l'offre de soins libérale sont très défavorables par rapport à la moyenne nationale. A l'inverse, les indicateurs du recours aux soins sont quant à eux meilleurs qu'au niveau national.

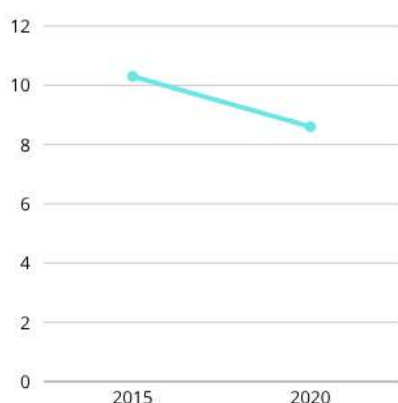
Evolution de l'APL aux infirmiers de moins de 65 ans entre 2016 et 2021



Entre 2016 et 2021, l'APL (c'est-à-dire la mesure de l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique) aux infirmiers de moins de 65 ans a augmenté de 16,8 %. La CAGC est très défavorable par rapport à la moyenne nationale. Pour 10 000 habitants, le taux est de 78,6 APL aux infirmiers de moins de 65 ans contre 156,1 sur la France entière.

Quant à l'APL aux médecins généralistes de moins de 65 ans, entre 2015 et 2021, le pourcentage a diminué de 5,1 %. Toujours concernant cette profession, le nombre de médecins généralistes a diminué de 12 % en 10 ans (entre 2012 et 2022). Cette donnée risque de s'accroître car le taux de médecins de 60 ou plus était de 19,2 en 2012 et de 30,9 en 2022 soit +60,9 %. Ces données correspondent à la moyenne nationale et départementale.

Evolution du nombre de personnes de 16 ans et plus ayant déclaré un médecin généraliste entre 2015 et 2020



La déclaration d'un médecin généraliste permet aux personnes d'être inscrites dans un parcours de soins coordonnés, une centralisation du dossier médical et garantit un meilleur remboursement des dépenses de santé. Entre 2015 et 2020, 16,5 % de personnes en plus ont déclaré un médecin traitant. Si nous mettons en regard les différents taux, pour 100 consommateurs de soins de 16 ans et plus, 8,6 n'ont pas de médecin traitant déclaré au sein de la CAGC contre 10,7 au niveau national et 9 au niveau départemental.

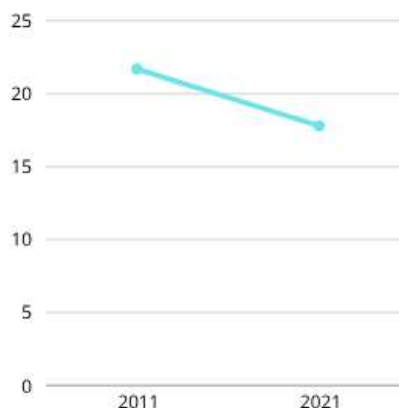
Et enfin, pour terminer d'illustrer l'offre de soins libérale et le recours aux soins, le taux de chirurgiens-dentistes est de 4,4 pour 10 000 habitants. Ce taux reste inchangé entre 2012 et 2022. Cependant, parmi les bénéficiaires du régime générale âgés de 16 ou plus, il a été constaté une augmentation de 40 % de la population n'ayant pas eu d'acte réalisé par un dentiste au cours des 24 derniers mois.

Les déterminants de santé

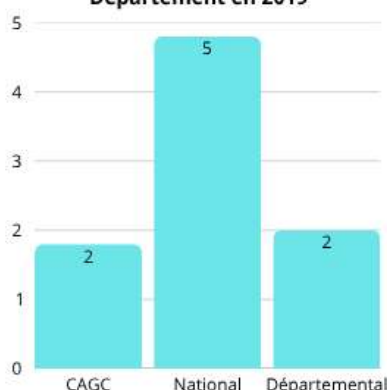
Les déterminants de santé désignent l'ensemble des facteurs influençant l'état de santé des personnes sans forcément être les causes directes de problèmes particuliers ou de maladies. Ils sont regroupés en plusieurs catégories : les déterminants biologiques et génétiques (génétique, âge et sexe) ; les comportements et modes de vie (comportement de santé et bien-être social) ; l'environnement physique (lieu de vie, pollution et environnement construit) ; les déterminants sociaux et économiques (stabilité économique, éducation, contexte social et environnement de travail) ; soins de santé (accès aux soins et inégalités d'accès).

Revenus : Le nombre de foyers fiscaux non imposés a évolué à hauteur de 14,4 % entre 2012 et 2020. De même pour le nombre d'allocataires du RSA qui a augmenté de 6,3 % entre 2017 et 2021. Si nous comparons le taux, en 2021, sur la CAGC, il est de 8,4 pour 100 ménages. Il est largement supérieur au taux national (5,9) départemental (6,1). A l'inverse, le nombre d'allocataires d'une allocation logement (Aide Personnalisée au Logement – APL, Allocation de Logement Social – ALS et Allocation de Logement Familial – ALF) a diminué de 18 % entre 2011 et 2021. Il est favorable par rapport à la moyenne nationale. En 2021, pour 100 ménages, 17,8 ménages de la CAGC sont allocataires d'une allocation logement contre 20,1 ménages sur la France hexagonale. Cette donnée reste à nuancer car cette diminution peut être liée à un non recours/renoncement aux soins.

Evolution du nombre d'allocataires d'une allocation logement entre 2011 et 2021



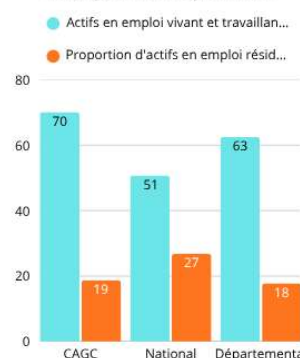
Comparaison du nombre de résidences principales sur-occupées entre la CAGC, l'Hexagone et le Département en 2019



Habitat : Entre 2008 et 2019, la CAGC a vu une augmentation de 19,5 % du nombre de logements vacants. Si nous comparons au national, nous sommes très favorables. Pour 100 logements en France, 8,1 sont vacants contre 10,4 sur notre territoire. A l'inverse, le nombre de résidences principales sur-occupées a diminué de 10 % au sein de la CAGC entre 2013 et 2019. Au niveau national, le taux pour 100 résidences principales (hors studio de 1 personne), 4,8 résidences sont sur-occupées contre 1,8 pour l'Agglomération de Grand Châtelleraut.

Mobilité – déplacements : Le nombre d'actifs en emploi vivant et travaillant au sein de la même commune et se déplaçant en voiture s'est accru de 7 % sur le territoire entre 2008 et 2019. Ce résultat est en décalage par rapport à la moyenne française. Pour 100 actifs en emploi, 70,1 se déplacent en voiture en habitant et travaillant sur la même commune au sein de la CAGC contre 50,8 au niveau national. Au niveau départemental, le taux est de 62,5.

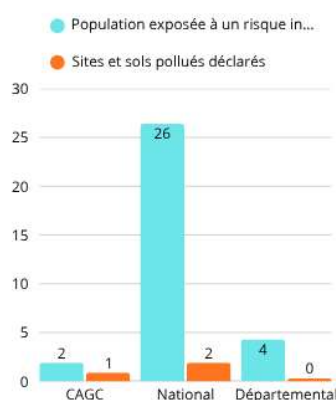
Comparaison d'actifs en emploi vivant et travaillant au sein de la même commune et se déplaçant en voiture et comparaison de la proportion d'actifs en emploi résidant à 30 minutes ou plus de leur lieu de travail entre la CAGC, l'Hexagone et le Département



A l'inverse, la proportion d'actifs en emploi résidant à 30 minutes ou plus de leur lieu de travail est de 26,8 sur la France et de 18,7 sur l'Agglomération.

Activité physique : Entre 2014 et 2019, le nombre de licences sportives délivrées à des femmes de 5 à 19 ans a augmenté de 15,4 %. Quant au nombre de licences sportives délivrées à des hommes de 5 à 19 ans, il reste inchangé. En revanche, le nombre de licences sportives délivrées à des hommes de 20 à 59 ans a diminué de 12,4 % et pour les femmes de cette même tranche d'âge de 11,1 %. L'ensemble de ces chiffres correspondent à la moyenne nationale et départementale.

Comparaison de la population exposée à un risque industriel et comparaison des sites et sols pollués déclarés entre la CAGC, l'Hexagone et le Département



Environnement : La surface agricole utilisée au sein de la CAGC est de 609km². Cette superficie a évolué de 13,5 % en 10 ans, à savoir, entre 2010 et 2020. Pour les données des sites et sols pollués déclarés ainsi que la population exposée à un risque industriel, nous n'avons pas de données des années précédentes mais les taux sont très favorables par rapport à la moyenne nationale. Pour les sites et les sols pollués déclarés, le taux pour la Communauté d'Agglomération de Grand Châtelleraut est de 0,9 pour 100km² alors que pour l'hexagone, il est de 1,9. Ce taux est encore plus grand pour la population exposée à un risque industriel : 1,9 pour 100 habitants au sein de l'Agglomération contre 26,4 sur le territoire national.

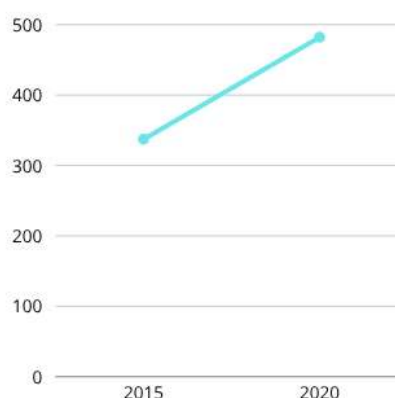
Les jeunes

Les jeunes sont observés de près car les comportements qui s'installent cet âge, conditionnent leur avenir en matière de santé.

De manière générale, nous sommes dans la moyenne nationale. Cependant, si nous comparons avec les dernières années, les évolutions sont globalement défavorables.

En 9 ans, entre 2012 et 2021, 13,3 % de jeunes en plus, perçoivent l'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH). Ce taux est bien meilleur qu'au niveau national. Châtelleraut et son agglomération a 1,7 jeunes de moins de 20 ans qui perçoit l'AEEH pour 100 jeunes contre 2,4 en France. Autre évolution négative, le nombre de jeunes de 6-16 ans non scolarisés a augmenté de 53,3 % entre 2008 et 2019. A l'inverse, toujours sur les mêmes années, le nombre de jeunes adultes de 25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme a diminué de 18,8 %.

Evolution du nombre de jeunes en ALD de 15 à 24 ans



Concernant le nombre de jeunes en ALD :

- Le nombre de jeunes en ALD de 15 à 24 ans, entre 2015 et 2020, a augmenté 42,9 %
- Le nombre de jeunes en ALD de 15 à 24 ans pour affection psychiatrique de longue durée, entre 2012 et 2021, est à la hausse de 81,4 %. Ce taux est largement supérieur à la moyenne nationale.

Les personnes âgées

Le nombre grandissant de personnes âgées est un enjeu de santé publique. Sur notre territoire, en 11 ans, une hausse 30,9 % du nombre de personnes âgées de 60 à 74 ans a été constatée. Concernant les personnes de 75 ans et plus, la hausse est de 13,1 %. Pour ces deux données, le territoire de Grand Châtelleraut, a un nombre de personnes âgées supérieur à la moyenne nationale. Entre 2018 et 2021, la part de seniors de 65 ans ou plus, du régime général, n'ayant pas eu de consultations de médecins généralistes au cours des 24 derniers mois a augmenté de 71,4 %. Malgré cette hausse, le taux est de 7,2 pour 100 bénéficiaires de 65 ans ou plus sur notre territoire contre 10,5 en France hexagonale, chiffre plutôt favorable comparé au national. De même, pour le nombre de seniors n'ayant pas eu de consultations de dentistes au cours de 24 derniers mois a augmenté de 39,4 %. Cette donnée correspond à la moyenne nationale et départementale.

A l'inverse, le nombre de personnes de 65 ans et plus admises en ALD dans l'année a diminué de 15,9 % entre 2012 et 2021.

Evolution du nombre de personnes de 65 ans et plus n'ayant pas de consultations de médecins généralistes et de dentistes au cours des 24 derniers mois entre 2018 et 2021



3.2 Enquête habitants

Une enquête de santé² a été menée auprès des habitants de la CAGC. Elle s'est déroulée du 3 février au 6 avril 2025. Elle était disponible en ligne (sur les sites de la Ville de Châtelleraut, de Grand Châtelleraut et relayée par certaines communes) ou en format papier (Maison de Santé Pluridisciplinaire – MSP, Hôtel de Ville, CCAS, pharmacies, etc.).

Elle regroupait 21 questions réparties de la façon suivante : données générales (sexe, âge, etc.), habitat, mobilité et santé. Un commentaire libre était possible à la fin du questionnaire.

A l'issue de cette enquête, 1 256 questionnaires ont été recueillis.

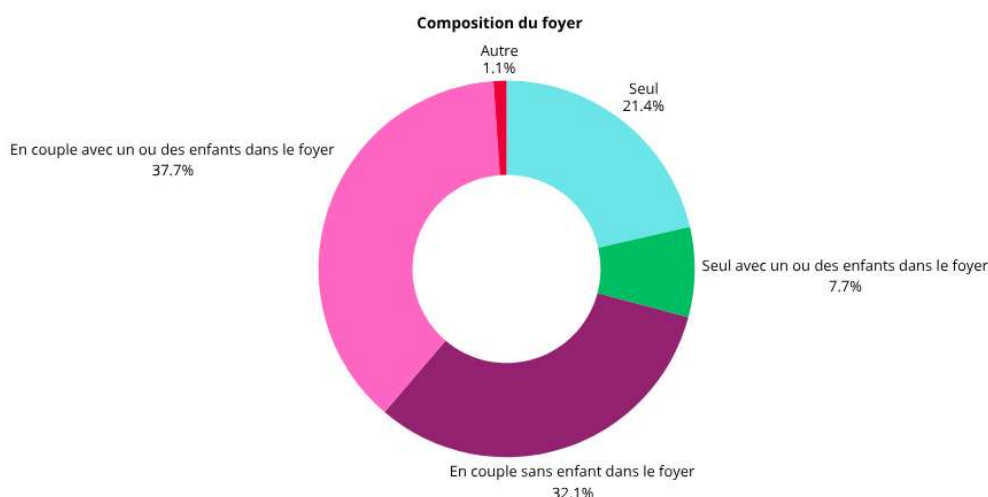
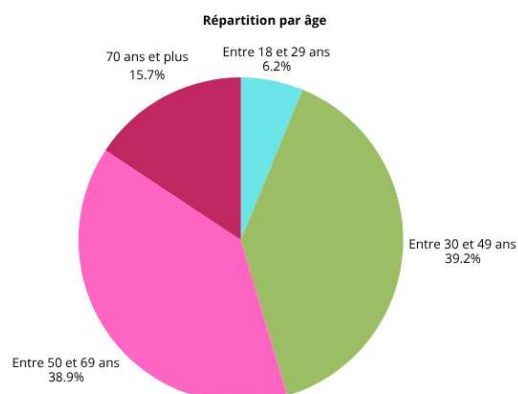
² Annexe 8.3 Questionnaire habitants

Données générales

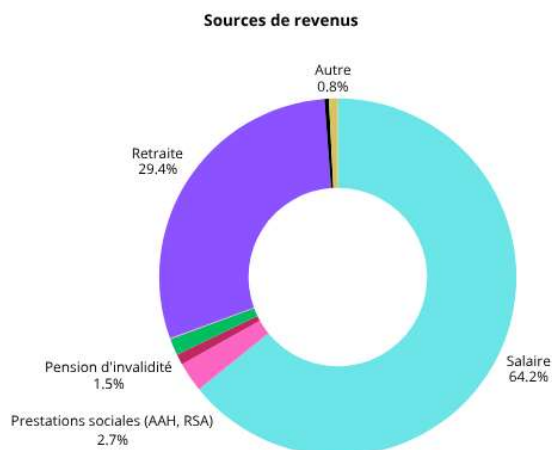
Sur 1 256 répondants, 76 % de femmes ont répondu. Cette part importante peut être le reflet que les femmes sont plus sensibles aux questions de santé.

Aucun mineur n'a répondu aux questionnaires et la majorité des répondants est située entre 30 et 49 ans (492 personnes – 39 %) et entre 50 et 69 ans (489 personnes – 38,9 %). Ces deux tranches de la population représentent assez fréquemment les jeunes parents pouvant être en difficulté pour l'accès aux soins de leurs enfants et/ou pour eux-mêmes. Il s'agit également de la tranche d'âge susceptible de faire face aux premiers problèmes de santé où l'accès à la santé est essentiel.

D'ailleurs, il s'agit principalement des personnes en couple avec enfant(s) qui ont participé au questionnaire (473 répondants – 37,7%). Ce résultat est suivi de près pour les couples sans enfant (403 personnes – 32%).

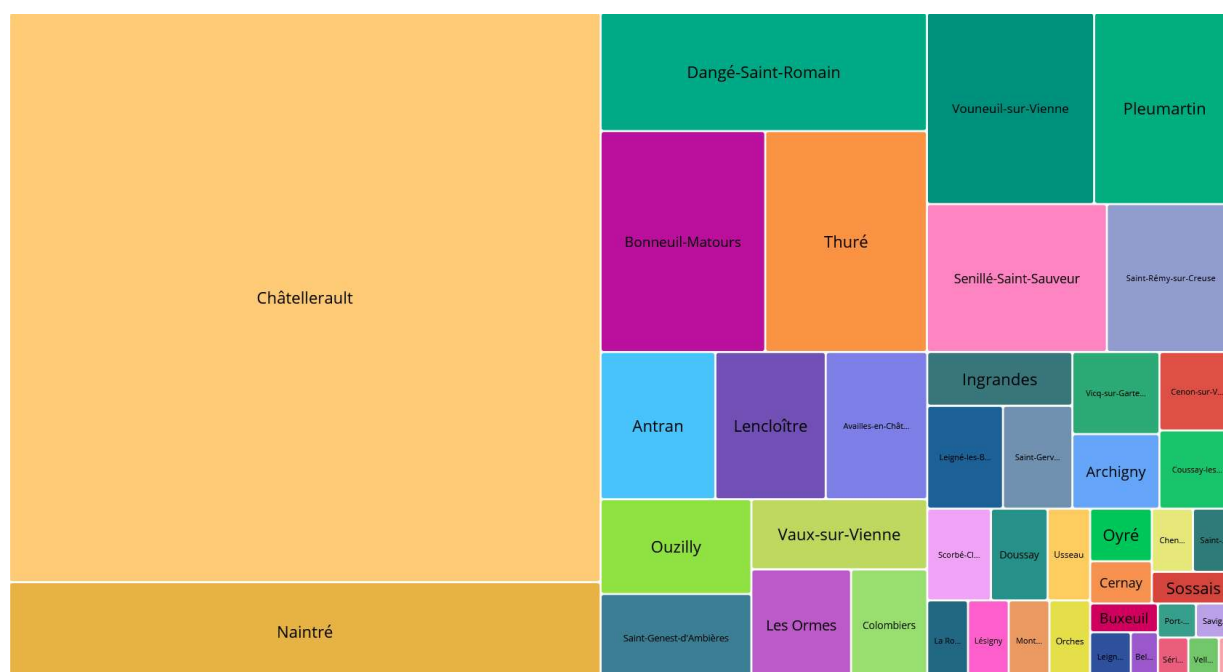


Concernant les ressources mensuelles des foyers, 28,6 % des foyers perçoivent entre 2001 et 3000€/mois suivi de près par 27,1 % des foyers ayant entre 3001 et 4000€/mois. Ces deux fourchettes représentent plus de 50 % des répondants. Nous retrouvons 21,9 % qui gagnent entre 1001 et 2000€/mois suivi par les foyers ayant plus de 4000€/mois (17,3%). 5 % des foyers ayant répondu ont moins de 1000€/mois.



Les ressources des foyers, ayant répondu au questionnaire, proviennent majoritairement des salaires/revenus issus du travail (64,2 %) et des pensions de retraite (29,4 %).

Commune d'habitation



Le schéma ci-dessus représente l'origine géographique des répondants au sein des 47 communes de Grand Châtelleraut.

La ville de Châtelleraut est la plus représentée avec 517 répondants. Naintré est la 2ème commune avec le plus de questionnaires recueillis (89) suivi de Dangé-Saint-Romain (59), Bonneuil-Matours (56) et Thuré (55). Ces chiffres sont représentatifs du nombre d'habitants des différentes communes.

Mobilité

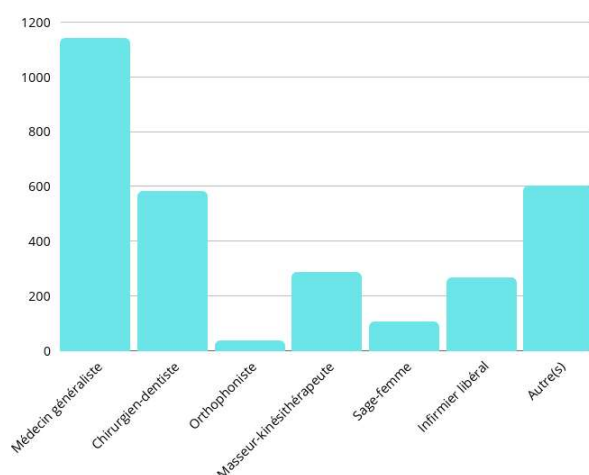
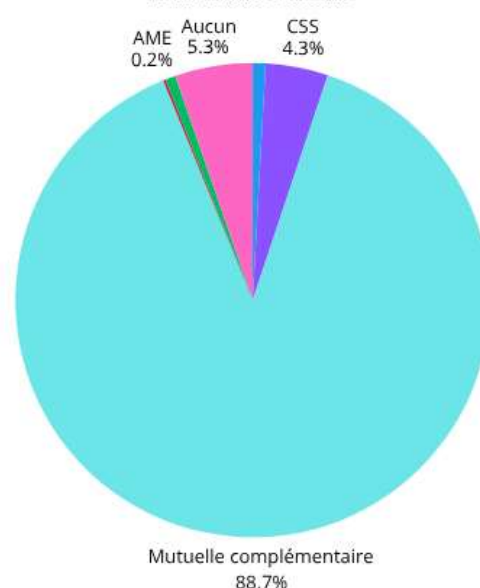
94,3 % des personnes se déplacent de manière autonome. Pour ces personnes, ainsi que celles qui ne se déplacent pas seules, 42,7 % disent avoir un mode de transport collectif pour accéder à l'offre de santé proche de leur domicile. 34,3 % indiquent ne pas en avoir et 23 % ne savent pas. L'ensemble des communes sont desservies par des bus mais il est parfois nécessaire de prendre plusieurs lignes/correspondances pour accéder à l'offre de santé, ce qui peut compliquer l'accessibilité aux soins.

Santé

66 % des enquêtés se sentent en bonne santé. L'appréciation générale est bonne.

Malgré une démographie médicale en baisse, 90,4 % ont un médecin traitant et 99,6 % sont bénéficiaires de l'Assurance Maladie. En complément de celle-ci, 88,7 % ont une mutuelle. 5,2 % n'ont rien et 4,2 % des répondants ont une complémentaire santé solidaire. La majeure partie des usagers paient une mutuelle permettant ainsi de compléter en tout ou partie le reste à charge non remboursé par l'Assurance Maladie.

Aide complétant ou remplaçant la prise en charge de l'Assurance Maladie



Professionnels libéraux vus au cours de l'année N-1

Au cours des 12 derniers mois, 3 020 professionnels ont réalisé des consultations. Le professionnel le plus consulté est le médecin généraliste (37,7%). Cette part importante s'explique du fait qu'il est la porte d'entrée dans le système de santé, il est le pivot dans la prise en charge.

La CAGC a fait le choix d'octroyer une aide à l'installation pour les professionnels de santé libéraux qui s'installent sur le territoire. Deux critères pour en bénéficier : s'installer pour la première sur le Département de la Vienne et s'engager à rester *a minima* 5 ans sur le territoire. Les professionnels pouvant en bénéficier sont : les médecins généralistes et spécialistes, les chirurgiens-dentistes, les orthophonistes, les masseurs-kinésithérapeutes, les sage-femmes et les infirmiers libéraux.

D'après le questionnaire, il est jugé l'accès à un chirurgien-dentiste « pas du tout facile » (61,5%). Seulement 9,5 % estiment l'accès à un chirurgien-dentiste « plutôt facile » ou « très facile ».

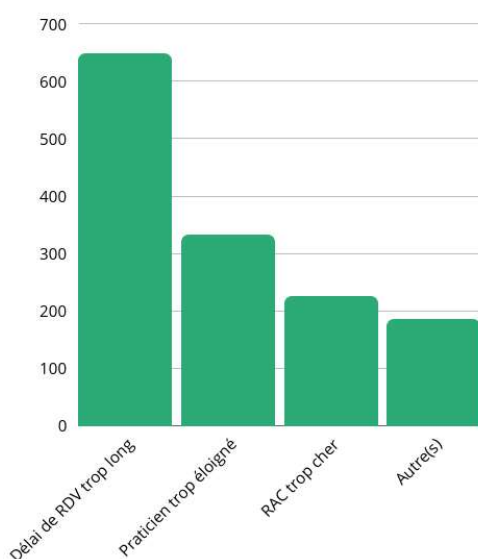
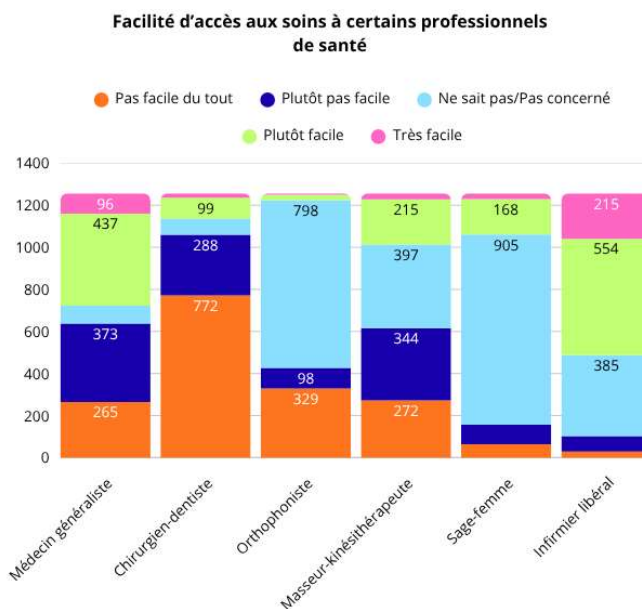
Parmi les répondants, 90,4 % ont un médecin traitant comme indiqué précédemment. Malgré le fait que 34,8 % jugent l'accès « plutôt facile » à un médecin traitant, 29,7 % trouvent cela « plutôt pas facile ».

De nombreuses personnes ne sont pas concernées par la recherche d'un orthophoniste (63,5 %). Cependant, ceux qui le sont, estiment, à 26,2 % que ce n'est « pas facile du tout ».

Concernant les masseur-kinésithérapeutes, les personnes interrogées évaluent à 49 % comme leur accès « pas facile du tout » voire « plutôt pas facile ».

A l'inverse, 61,2 % des usagers considèrent « plutôt facile » ou « très facile » l'accès à un infirmier libéral.

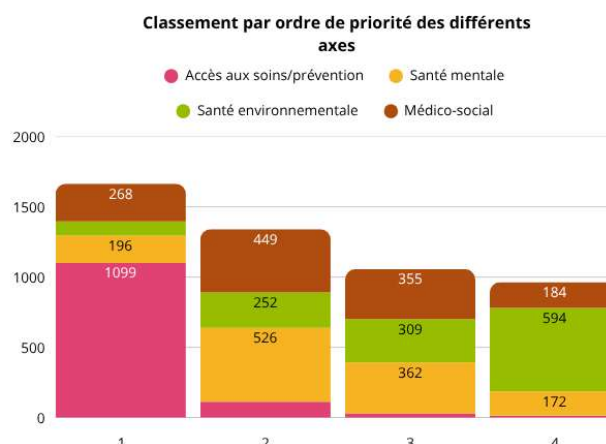
De même pour les sage-femmes, 13,4 % estiment que leur accès est « plutôt facile », l'autre proportion la plus importante étant les personnes non concernées (72 %).



**Motif(s) de
renoncement aux soins**

Pour résumer, hormis l'accès aux infirmiers libéraux et sage-femmes, l'accès aux professionnels sur notre territoire est perçu comme difficile voire impossible. Cette constatation peut être l'un des motifs de renoncement aux soins. D'autres raisons peuvent s'ajouter : délai de rendez-vous trop long, praticien trop loin, etc.). Pour les répondants, le principal motif de renoncement aux soins est le délai de rendez-vous trop long (46,6%). Aujourd'hui, l'offre n'est plus proportionnelle à la demande, c'est pourquoi les délais de rendez-vous sont allongés et l'accessibilité à l'offre médicale jugée complexe.

D'après les répondants, parmi les axes (accès aux soins et prévention ; santé mentale ; santé environnementale ; médico-social), la priorité à donner concerne l'accès aux soins et à la prévention dans 66 % des cas. En deuxième, arrive la santé mentale (39,3%) puis en troisième position, il s'agit du médico-social (33,6%). En dernier, la santé environnementale est vu comme le sujet à traiter (17,8%).



Les principaux enjeux en matière de santé ont aussi été questionnés auprès des demandeurs. Voici les priorités relevées : l'accès aux soins (19,4%), la santé mentale (13,7%), la qualité de l'eau (11%), le handicap (9%) et l'accès à une alimentation de qualité (7,3 %).

3.3 Groupes de travail

Des groupes de travail ont été menés pour chacun des axes. En tout, plus d'une soixantaine d'acteurs du territoire se sont mobilisés.

Les constats et les pistes de réflexion pour chacun des axes sont les suivants :

Accès aux soins et premier recours :

- Constats :
 - ✓ Nombre insuffisant de **véhicules adaptés**
 - ✓ **Manque de repérage** pour les professionnels faisant de « l'aller-vers »
 - ✓ Besoin de **coordination entre les acteurs** et d'un centre de ressources
 - ✓ Manque d'**interconnaissance entre les professionnels**
 - ✓ **Difficultés d'accès aux soins** en résidence autonomie
 - ✓ **Délais** de rendez-vous **trop longs**
 - ✓ **Renoncement aux soins**
 - ✓ Besoin de **formation des professionnels**
 - ✓ **Manque de transport en commun**
 - ✓ **Manque de professionnels de santé**
- Pistes de réflexion :
 - ✓ Créer un guide des dispositifs, outils et politiques publiques du territoire
 - ✓ Favoriser l'**accès aux soins** surtout dans **les zones rurales**
 - ✓ **Valoriser les temps d'échange** (groupes de travail CLS, des groupes par thématique (ex : santé/emploi))
 - ✓ Proposer des **rencontres entre professionnels avec de connaître les missions et expertises de chacun**
 - ✓ **Sensibiliser** le public à l'**éducation citoyenne** (importance d'aller à ses rendez-vous médicaux, etc.)
 - ✓ **Travailler l'attractivité du territoire**

Prévention et promotion de la santé :

- Constats :
 - ✓ **Créer du lien** entre les professionnels du territoire
 - ✓ Manque de **connaissance sur l'accès aux droits en santé**
 - ✓ **Défaut de lien entre la prévention et certaines offres** (ex : prescription de sport adapté)
 - ✓ **Absence de sensibilisation** du grand public
- Pistes de réflexion :
 - ✓ **Créer du lien entre le secteur sanitaire et certaines offres** (ex : le sport adapté)
 - ✓ **Intégrer la médecine du travail et le rectorat** aux groupes de travail
 - ✓ **Créer un guide** des dispositifs, outils et politiques publiques du territoire
 - ✓ **Relayer les dispositifs** déjà existants **au grand public** (ex : le centre d'examen de santé CPAM à Châtellerault)

Santé mentale, souffrance psychosociale et addictions :

- Constats :
 - ✓ **Identifier les partenaires et leurs missions**
 - ✓ **Situations complexes** traitées de façon **cloisonnée**
 - ✓ Pour **les personnes âgées, la santé mentale ne fait pas partie de leur culture** (risque suicidaire ou dépressif pourtant important)
 - ✓ **Manque d'informations des événements**
 - ✓ **Développement** des difficultés **du public jeune**
 - ✓ **Pas de diagnostic global de santé sur le territoire**
- Pistes de réflexion :
 - ✓ **Relancer la cellule de gestion des cas complexes**
 - ✓ **Promouvoir les formations Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM)** auprès des acteurs de terrain
 - ✓ **Établir un schéma général** du fonctionnement des partenaires/situations
 - ✓ **Créer un agenda pour recenser les événements en lien avec la santé**
 - ✓ Travailler sur **la formation, l'information des professionnels** pour lutter **contre l'isolement des personnes âgées**
 - ✓ **Promouvoir des actions** en santé mentale auprès des acteurs et du public
 - ✓ **Se connaître entre pairs**, organiser des immersions chez les uns et chez les autres

Médico-social :

- Constats :
 - ✓ Nécessiter de **l'inclusion numérique et de l'alphabétisation**
 - ✓ **Identifier le réseau de professionnels**
 - ✓ Besoin de **créer du lien social, de la mobilité et de l'accessibilité** pour les usagers
 - ✓ **Difficultés administratives, dossiers lourds** (ex : MDPH)
 - ✓ **Multitude d'outils**
 - ✓ **Problématique de détections de certains handicaps** (ex : les dys)
 - ✓ **Manque de communication** vers les personnes âgées/personnes en situation de handicap **les plus isolés**
 - ✓ **Multitude d'acteurs** et beaucoup de portes d'entrées
- Pistes de réflexion :
 - ✓ **Renforcer l'accès et le maintien à l'emploi**

- ✓ **Communiquer sur les actions/dispositifs existants** (EFS, les conseillers numériques, etc.) pour les personnes âgées et/ou en situation de handicap les plus isolées
- ✓ **Déconstruire les préjugés** de ces publics auprès des usagers
- ✓ **Faire une immersion dans les différentes institutions**
- ✓ **Créer une plateforme partenariale**
- ✓ **Identifier le réseau de professionnels**
- ✓ **Organiser des réunions d'interconnaissance**

Santé environnementale :

- **Constats :**
 - ✓ **Communication à développer**/manque d'information (ex : ambroisie)
 - ✓ **Défaut de connaissance** du grand public et des acteurs du territoire **sur la santé environnementale**
 - ✓ **Difficulté à quantifier les bienfaits** de la santé environnementale
 - ✓ **Sujet très vaste**, nécessité de cibler selon les priorités
 - ✓ **Besoin de transversalité sur les études** déjà faites sur le Département
 - ✓ **Manque de croisement avec les différentes thématiques**
 - ✓ **Nécessité d'actions de prévention** (ex : pour les dépôts sauvages)
 - ✓ **Augmentation des signalements sur l'habitat indigne**
- **Pistes de réflexion :**
 - ✓ **Communiquer au grand public et aux professionnels** du territoire ce qui existe sur la santé environnementale
 - ✓ **Créer du lien avec les différents acteurs du Département** (ex : pollinarium sentinelle)
 - ✓ **Surveiller la qualité de l'air intérieur dans les établissements scolaires** (maternelles et élémentaires)
 - ✓ **Réaliser des actions de sensibilisation sur l'alimentation** pour les publics à risque
 - ✓ **Former et sensibiliser des référents ambrosies/espèces à enjeu pour la santé humaine**
 - ✓ **Informers les usagers sur le moustique tigre**
 - ✓ **Renforcer les actions sur la lutte contre l'habitat indigne**
 - ✓ **Sensibiliser les publics précaires aux polluants**
 - ✓ **Sensibiliser les jeunes aux perturbateurs endocriniens**
 - ✓ **Identifier puis former les agents/élus** sur la santé environnementale
 - ✓ **Rechercher des financements et répondre à des appels à projets**

3.4 COPIL/Acteurs

Suite à ces différents groupes de travail, il a été demandé aux membres du COPIL ainsi qu'aux acteurs de terrain de définir quelles sont, selon eux, les priorités à donner en termes d'actions en partant des pistes de réflexion des groupes de travail.

	Membres du COPIL	Membres des groupes de travail
Accès aux soins et 1^{er} recours	<ol style="list-style-type: none"> 1. Favoriser l'accès aux soins dans les zones rurales 2. Travailler l'attractivité du territoire 3. Sensibiliser le public à l'éducation citoyenne 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Favoriser l'accès aux soins dans les zones rurales 2. Proposer des rencontres entre professionnels afin de connaître les missions et expertises de chacun 3. Sensibiliser le public à l'éducation citoyenne
Prévention et promotion de la santé	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relayer les dispositifs déjà existants au grand public 2. Créer du lien entre le secteur sanitaire et certaines offres 3. Intégrer la médecine du travail et le rectorat aux groupes de travail 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Relayer les dispositifs déjà existants au grand public 2. Créer du lien entre le secteur sanitaire et certaines offres 3. Créer un guide des dispositifs, outils et politiques publiques du territoire
Santé mentale, souffrance psychosociale et addictions	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promouvoir des actions en santé mentale auprès des acteurs et du public 2. Relancer la cellule de gestion des cas complexes 3. Promouvoir les formations PSSM auprès des acteurs du terrain 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promouvoir des actions en santé mentale auprès des acteurs et du public 2. Établir un schéma général du fonctionnement des partenaires/situations 3. Travailler sur la formation, l'information des professionnels pour lutter contre l'isolement des personnes âgées
Médico-social	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifier le réseau de professionnels 2. Renforcer l'accès et le maintien dans l'emploi 3. Communiquer sur les actions/dispositifs existants (ex : pour les personnes âgées et/ou en situation de handicap les plus isolées 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Communiquer sur les actions/dispositifs existants (ex : pour les personnes âgées et/ou en situation de handicap les plus isolées 2. Identifier le réseau de professionnels 3. Organiser des réunions d'interconnaissance

Santé environnementale	<ol style="list-style-type: none"> 1. Communiquer au grand public et aux professionnels du territoire ce qui existe sur la santé environnementale 2. Renforcer les actions sur la lutte contre l'habitat indigne 3. Sensibiliser les jeunes aux perturbateurs endocriniens 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Communiquer au grand public et aux professionnels du territoire ce qui existe sur la santé environnementale 2. Sensibiliser les jeunes aux perturbateurs endocriniens 3. Réaliser des actions de sensibilisation sur l'alimentation pour les publics à risque
-----------------------------------	---	--

4 Les axes stratégiques du contrat

Le CLS de Grand Châtelleraut se décline en cinq axes de santé prioritaires déterminé par l'ARS-NA. Un sixième axe transversal est aussi proposé pour le CLS de la CAGC après les remontées des membres du COPIL ainsi que les professionnels des groupes de travail.



Les différents axes du Contrat Local de Santé de Grand Châtelleraut

Chacun des axes a un groupe de travail avec des acteurs du territoire. Le coordinateur du CLS est accompagné par ces différents acteurs pour la mise en œuvre des actions.

Les différents axes du CLS :

- Axes prioritaires :
 1. Accès aux soins et premier recours
 2. Prévention et promotion de la santé
 3. Santé mentale, souffrance psychosociale et addictions
 4. Médico-social
 5. Santé environnementale
- Axe transversal : Communication

Les axes prioritaires sont définis par l'ARS et l'axe transversal est le résultat d'un besoin identifié par les acteurs sur notre territoire.

L'accès aux soins est la possibilité de recourir aux services de santé dont l'utilisateur a besoin.

L'accès aux soins de premiers recours et à la prise en charge continue s'organisent dans le respect des exigences de proximité.

Les professionnels de santé libéraux sont les piliers du premiers recours mais il y a aussi les travailleurs sociaux, les structures de Protection Maternelle Infantile (PMI), les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), l'Hospitalisation A Domicile (HAD), la biologie de proximité et la radiologie standard avec l'échographie, etc.



La prévention a été définie dans la loi du 4 mars 2002 de cette façon : « *La politique de prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie et d'accident.* »

La promotion de la santé regroupe les actions et les mesures mises en œuvre pour que les individus agissent sur leurs déterminants de santé. La promotion de la santé a pour objectifs de développer l'autonomie des usagers (empowerment), lutter contre les inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé et d'assurer la justice sociale et l'équité.



La santé mentale n'est pas seulement l'absence de trouble mental ou psychologique, c'est un état de bien-être, indispensable pour se sentir en bonne santé.

Les addictions sont l'impossibilité de contrôler un comportement malgré la connaissance de ses conséquences négatives.

La santé mentale est la discipline qui traite du bien-être psychique, c'est-à-dire, la capacité à se sentir bien, avoir des projets, etc. Une santé mentale :

- positive c'est : apprécier, épargner du temps pour les loisirs, se détendre, avoir du temps pour soi, avoir des relations sociales
- négative c'est : s'inquiéter, ruminer, etc.

La pathologie mentale est définie par des affections mentales comme la schizophrénie ou les troubles anxieux par exemple. Les affections, une fois reconnue, peuvent donner lieu à un remboursement des soins (ALD) et/ou à des prestations (Allocation Adulte Handicapé – AAH, invalidité, c’est le rôle de la Maison Départementale des Personnes Handicapées – MDPH).

Des facteurs sont susceptibles d'impacter la santé mentale : l'hérédité psychique, les évènements de la vie (migrations, détresse financière), les traumatismes psychiques, les conditions de vie (travail, logement, précarité), les relations sociales, l'état de santé physique, etc.



Le médico-social regroupe l'aspect médical et social permettant de répondre aux besoins des personnes en situation de vulnérabilité, qu'elle soit liée par un handicap, une maladie, une dépendance ou l'exclusion sociale.



La santé environnementale comprend les aspects de la santé humaine (qualité de la vie déterminée par les facteurs physiques, chimiques, etc.) ainsi que 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.



La communication est le moyen de transmettre et d'informer des informations au grand public et/ou aux acteurs du territoire.

- La communication orale avec l'utilisation de la parole, de l'intonation et des gestes. Elle est en temps réel avec une interaction directe entre l'émetteur et le récepteur
- La communication écrite permet de transmettre une ou des informations de manière plus structurée avant une diffusion au récepteur.

La première année du CLS va permettre la rédaction des fiches-actions qui seront mises en œuvre les années suivantes. La dernière année laissera place au bilan de ce CLS.

Au cours de sa période de validité, le Contrat Local de Santé peut être modifié par voie d'avenant à la demande de l'une ou l'autre des parties.

En fonction des résultats de l'évaluation, le CLS peut faire l'objet soit d'une prorogation soit d'un renouvellement, d'un commun accord de l'ensemble des parties.

Chaque partie peut résilier le présent contrat par lettre recommandée avec accusé de réception après un préavis de trois mois. Cette résiliation ne remettra pas en cause le présent contrat.

Chaque année, un bilan annuel du Contrat Local de Santé est réalisé pour suivre la mise en œuvre de ses objectifs opérationnels et des actions.

Au cours de sa dernière année de validité, une évaluation du CLS est réalisée. La démarche d'évaluation portera sur la stratégie globale du CLS, sur les actions et leurs effets.

7 Durée de validité du CLS

Le CLS prend effet à la date de sa signature pour une durée allant jusqu'à la période de validité du Schéma Régional de Santé Nouvelle-Aquitaine (maximum 5 ans). A son terme, il peut faire l'objet d'un avenant le prorogeant jusqu'à signature d'un nouveau CLS.

Les signataires s'engagent à :

- intégrer durablement l'animation du projet local de santé au sein de ses services et communiquer à ce titre auprès de ses partenaires
- créer des espaces d'échange et de concertation en invitant les habitants à participer
- s'inscrire dans la démarche de diagnostic partagé
- mobiliser les moyens financiers permettant la mise en œuvre des objectifs opérationnels du présent contrat, dans le respect de leurs champs de compétence respectifs.

L'ARS Nouvelle-Aquitaine s'engage à :

- nommer un référent au sein de la délégation départementale de l'ARS
- mettre à la disposition des signataires ses services d'appui (internes à l'agence et ceux de ses opérateurs (ORS, Promotion Santé,...))
- associer les parties signataires aux instances locales (CTS et Conseil Territorial de Santé Mentale – CTSM)
- associer les opérateurs financés sur le territoire concerné et réorienter une partie de leurs moyens vers les actions du projet local de santé.

Les moyens nécessaires à la mise en œuvre des actions du présent contrat seront précisés dans chaque fiche-action.

Chaque année, le comité de pilotage restreint examine, sur présentation du comité technique, la programmation prévisionnelle annuelle et/ou pluriannuelle des actions permettant de mettre en œuvre le Contrat Local de Santé et définit, dans le même temps, les moyens mobilisables ou susceptibles d'être mobilisés les mieux adaptés à la poursuite des objectifs du Contrat Local de Santé.

Cette programmation doit notamment permettre aux différents partenaires d'élaborer la programmation concertée annuelle et pluriannuelle de leurs moyens, qui soit la mieux adaptée à la poursuite des objectifs du Contrat Local de Santé.

8 Annexes

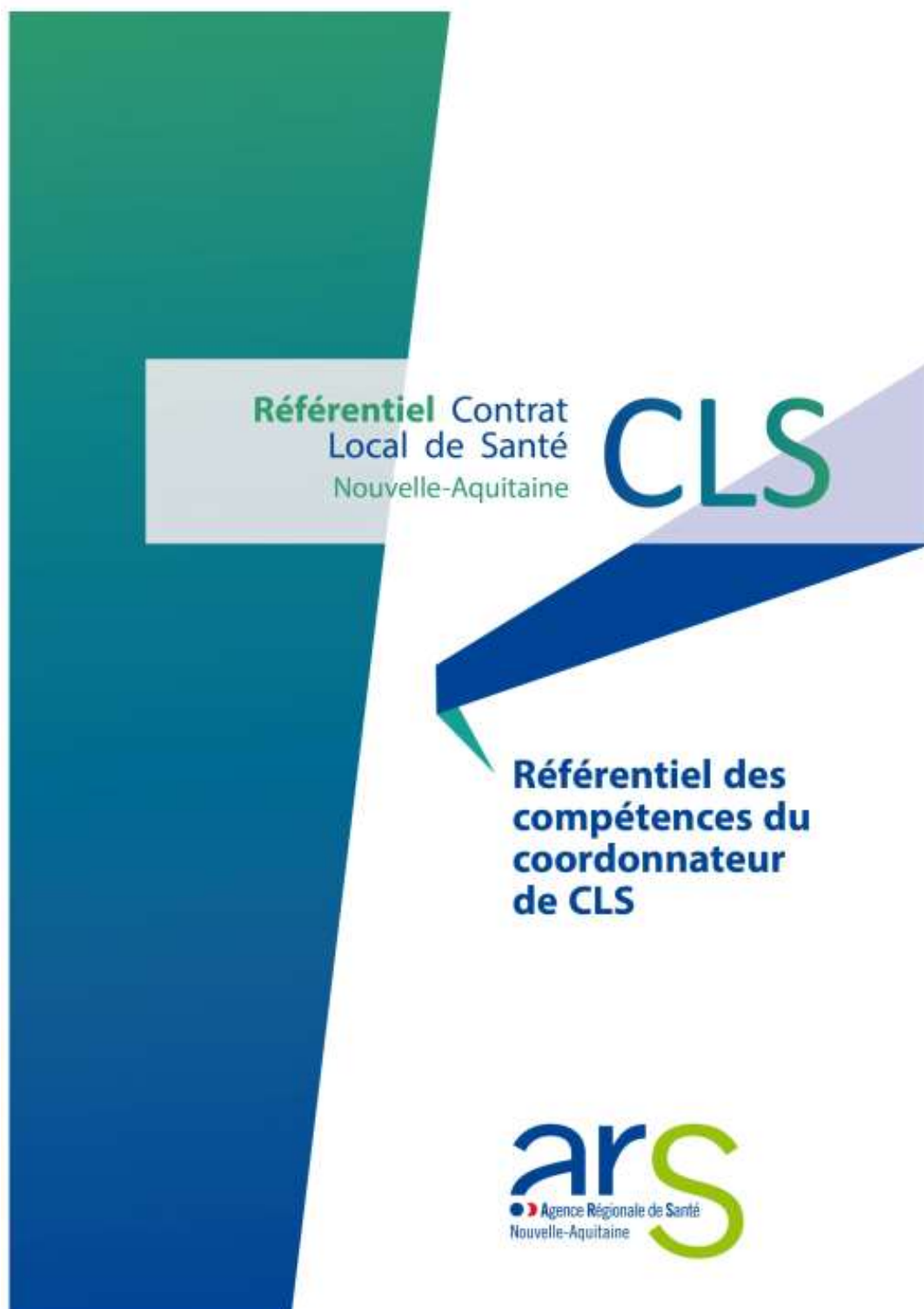
8.1 Glossaire

AAH : Allocation Adulte Handicapé
ACV : Action Cœur de Ville
AEEH : Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé
ALD : Affections Longues Durée
APL : Accessibilité Potentielle Localisée
ARS : Agence Régionale de Santé
ASV : Ateliers Santé Ville
CAGC : Communauté d'Agglomération de Grand Châtelleraut
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CHHL : Centre Hospitalier Henri Laborit
CLS : Contrat Local de Santé
CLSM : Conseil Local de Santé Mentale
COPIL : COmité de PILotage
COTECH : COmité TECHnique
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRSA : Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie
CRTE : Contrat de Relance pour la Transition Écologique
CTS : Conseil Territorial de Santé
CTSM : Conseil Territorial de Santé Mentale
DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination
DDETS : Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités
DDT : Direction Départementale des Territoires
EPCI : Établissement Public de Coopération Intercommunale
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
HAD : Hospitalisation A Domicile
HPST : Hôpital Patients Santé Territoires
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
ISETS : Inégalités Sociales, Environnementales et Territoriales de Santé
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA : Mutualité Sociale Agricole
MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORS : Observatoire Régional de Santé
PAT : Projet Alimentaire Territorial
PCAET : Plan Climat Air Énergie Territorial
PLUi : Plan Local d'Urbanisme Intercommunal
PMI : Protection Maternelle Infantile
PRAPS : Programme Régional pour l'Accès aux Soins et à la Prévention des plus démunis
PRS : Projet Régional de Santé
PRSE : Plan Régional Santé Environnement
PSSM : Premier Secours en Santé Mentale
PVD : Petite Ville de Demain

SRS : Schéma Régional de Santé

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

8.2 Référentiel de compétences du coordinateur CLS





Contexte et enjeux de la fonction

L'article L. 1434-9 du Code de la santé Publique (*loi de modernisation de notre système de santé*) prévoit la possibilité pour l'ARS de conclure des contrats locaux de santé avec notamment les collectivités territoriales et leurs groupements portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social et social ».

Cet outil a vocation à :

- incarner la dimension intersectorielle de la politique régionale de santé
- consolider le partenariat local sur les questions de santé
- réduire les inégalités sociales environnementales et territoriales de santé
- et permettre, à l'échelon local, la construction d'un parcours de santé adapté, fondé sur la transversalité, le développement des politiques publiques favorables à la santé et la démocratie sanitaire et participative

Le développement et l'atteinte des objectifs d'un CLS nécessitent un pilotage fort et structuré permettant de fédérer et coordonner des acteurs nombreux et divers dans la durée autour de l'élaboration, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation du CLS.

Missions principales

Impulser et coordonner la dynamique autour du contrat local de santé sur le territoire de la collectivité locale (élaboration, mise en œuvre, suivi, évaluation) :

- **Animer les instances de gouvernance CLS(M)** : comité de pilotage, comité/équipe technique et groupes de travail
- Favoriser l'identification au niveau local des besoins de santé de la population intégrant une analyse des déterminants de l'état de santé lié aux conditions de vie
- Soutenir la conception, le développement et la mise en œuvre des actions CLS en veillant à leur cohérence au niveau local avec les autres démarches territoriales
- Favoriser la communication autour de la démarche et des actions CLS
- Contribuer à la capitalisation des connaissances, expériences et savoir faire
- Soutenir et développer les partenariats au niveau local en veillant à l'intersectorialité
- Susciter et appuyer la participation des habitants (en lien avec l'ASV)
- Participer aux dynamiques départementales et régionales (instances de travail animées par les centres de ressource politique de la ville, espaces d'échange et de renforcement des pratiques professionnelles, contrats de villes intercommunaux, contrats de ruralité, groupes de travail mis en place par l'ARS sur des thématiques spécifiques liées aux axes prioritaires du CLS...etc.)
- Représenter les différentes parties signataires. Rendre des comptes (bilans d'activités, synthèses des instances de travail)
- Préparer et animer le comité de pilotage du CLS(M), en lien direct avec l'animateur territorial de l'ARS, en charge du suivi de ces contrats locaux.

Dans la conduite de ces missions, une attention toute particulière devra être portée à l'articulation avec les démarches ASV, CLSM, Contrat de ville, contrats de ruralité et Projet territorial de santé



Profil recherché
Niveau Bac +4/+5, animation et gestion de projet, démarche participative, santé communautaire, formation et expérience confirmées dans le champ de la santé publique, géographie de la santé et/ou de la Politique de la ville, du développement local, des politiques sociales, etc.).

Compétences	
Savoir	<ul style="list-style-type: none"> Maîtriser et appliquer la méthodologie de projet Disposer et acquérir une connaissance des domaines qui concernent l'action des CLS(M) (connaissances des dispositifs de la politique de la ville, des autres démarches sanitaires, des politiques publiques impactant la santé, compréhension du système de santé) Connaissances du fonctionnement des collectivités territoriales Connaissance des stratégies et outils de réduction des inégalités sociales environnementales et territoriales de santé Connaissances en géographie de la santé Maîtrise des outils informatiques (Word, Excel, PowerPoint, outils de traitement de données, etc.) Maîtrise des techniques de diagnostic et d'évaluation
Savoir-faire	<ul style="list-style-type: none"> Guider en rappelant, les règles de fonctionnement, le sens, et les rôles à chacun des acteurs, susciter la participation des usagers Communication écrite et orale Négocier en favorisant l'expression du dialogue de tous les acteurs concernés, en facilitant la résolution d'éventuelles oppositions et en engageant des démarches de médiation Assurer une cohérence d'ensemble en animant des réunions, en pilotant le travail, en assurant la continuité des actions et des projets, ainsi qu'en impliquant les différents acteurs Fédérer, rassembler, dynamiser en expliquant, en convainquant, en



	<p>co-construisant, en identifiant les rôles et les enjeux, en permettant à chacun de s'approprier le projet, ainsi qu'en valorisant les actions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faciliter l'identification et la mobilisation des ressources et en les mettant à la disposition du collectif • Promouvoir les principes et valeurs de la promotion de la santé (approche positive et globale de la santé, non stigmatisation des publics, promotion des ressources individuelles et collectives, etc.) • Mobiliser ses savoirs au service du collectif en apportant son expertise et sa connaissance des processus de coordination
Savoir-être	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir un bon sens du relationnel, faire preuve d'adaptabilité et de disponibilité • Avoir du leadership • Etre à l'écoute, réactif et pragmatique • Faire preuve d'autonomie • Sens de l'organisation



LA DIFFÉRENCE ENTRE ANIMATEURS DE SANTÉ PUBLIQUE ET COORDONNATEURS DE CLS

La différenciation entre le rôle des animateurs de santé publique et coordonnateurs de CLS devient aujourd'hui indispensable dans le cadre de l'harmonisation de la politique Nouvelle-Aquitaine.

Il est proposé la répartition suivante :

Animateur de santé publique	Coordonnateur de contrat local de santé/ CLSM
Missions : Développer les actions de santé publique par l'établissement en s'appuyant sur la démarche « Hôpitaux et Structures de santé Promoteurs de Santé » (HSPS). Ces actions devront donc concerner les patients de l'établissement et leurs proches, le personnel, l'environnement et la communauté. C'est sur ce dernier axe que s'inscrit leur contribution au CLS ainsi que leurs actions de prévention « hors les murs ». Les actions concernant le personnel n'ont pas vocation à être financées par l'ARS.	Missions : - Participer à l'élaboration et la mise à jour du diagnostic local partagé en lien avec les acteurs locaux ; - Animer et faciliter les réunions partenariales notamment visant la priorisation, la mise en œuvre et le suivi des actions ; - Formaliser le plan d'actions du CLS(M) et assurer sa mise à jour, son suivi et son évaluation ; - Mobiliser et motiver les acteurs locaux ; - Susciter la participation des acteurs et des habitants.
Lien avec le CLS : mise en place ou portage d'actions inscrites dans le plan d'actions du CLS	Lien avec le CLS : coordination du CLS et ou CLSM (cf. supra)
Employeur : Centre Hospitalier	Employeur : Intercommunalité, ou commune
Financement du poste par l'ARS	Cofinancement par l'ARS
Durée : contrats de 3 ans puis renouvellement après évaluation	Durée : contrats sur la durée du CLS(M) puis renouvellement après évaluation

Les missions d'accompagnement vers la santé des personnes en situation de précarité devront s'articuler avec l'activité hors les murs des Permanences d'accès aux soins de santé.

Le Pôle Prévention et promotion de la santé (PPS) pourra appuyer les délégations départementales dans la clarification de ces postes/missions.

8.3 Questionnaire habitants

Parlons de votre santé !

Questionnaire confidentiel

L'agglomération de Grand Châtelleraut définit sa politique de santé sur le territoire à travers un contrat local de santé, co-signé avec différents partenaires santé du territoire. En 2025, le contrat local de santé se renouvelle pour mettre en place des actions au plus près des besoins actuels.

Afin de connaître vos besoins et vos priorités concernant votre santé et celle de vos proches, **Grand Châtelleraut lance, du 3 février au 6 avril 2025, une enquête de santé auprès de ses habitants.** Cette enquête est anonyme et confidentielle. Cette consultation va permettre d'entamer une démarche de remontée des problématiques de santé rencontrées au quotidien. Elle nous servira à mieux orienter les actions en matière de santé publique auprès des habitants.

Cette enquête ne vous prendra pas plus de 5 minutes.

Merci de déposer ce questionnaire à l'endroit où vous l'avez récupéré ou au CCAS de Châtelleraut, (5 rue Madame).

Les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées au pôle Santé/Municipal de l'Action sociale de Châtelleraut. Le règlement général 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données (RGPD) ainsi que la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés s'appliquent à la présente enquête. Les droits des personnes, rappelés dans la lettre-avis, peuvent être exercés auprès de l'Agence Laënnec - Languedoc. Référence Santé - Chargée de mission du Contrat Local de Santé.

Vous êtes :

- ☐ Un homme
- ☐ Une Femme
- ☐ Autre

Votre âge :

- ☐ moins de 18
- ☐ 18 – 29
- ☐ 30 – 49
- ☐ 50 – 69
- ☐ 70 et +

Composition du foyer :

- ☐ Personne seule
- ☐ Couple sans enfant
- ☐ Couple avec enfant
- ☐ Combien ?
- ☐ Personne seule avec enfant
- ☐ Combien ?
- ☐ Autre
- ☐ Préciser :

grand-chatelleraut.fr

GRAND
CHÂTELLERAUT

COMMUNAUTÉ
D'AGGLOMÉRATION

Ressources :

Fournissez-vous indiquer dans quelle fourchette se situent les ressources mensuelles de votre foyer ? (Il s'agit du revenu mensuel net, après déduction des impôts et prenant en compte les allocations, pensions... que vous percevez) :

- ☐ moins de 1000 €
- ☐ entre 1001 et 2000 €
- ☐ entre 2001 et 3000 €
- ☐ entre 3001 et 4000 €
- ☐ plus de 4000 €

Quelle est la principale source de revenus de votre foyer ?

- ☐ Salaire/Revenus du travail
- ☐ Prestations sociales (AAH, RSA...)
- ☐ Indemnité chômage
- ☐ Pension d'invalidité
- ☐ Bourses d'études
- ☐ Retraite
- ☐ Aucune ressource
- ☐ Autres précisez :

Habitat :

Dans quelle commune vivez-vous ?

Mobilité :

Est-ce qu'un mode de transport collectif, à proximité de votre domicile, est accessible pour accéder à l'offre de santé (médecin, hôpital, etc.) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je ne sais pas

Est-ce que vous vous déplacez de manière autonome ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Santé :

Au cours des 12 derniers mois, comment vous êtes-vous sentis ?

- ☐ En très bonne santé
- ☐ En bonne santé
- ☐ En mauvaise santé
- ☐ En très mauvaise santé

Avez-vous un médecin traitant ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Bénéficiez-vous de l'Assurance Maladie (L'Assurance Maladie assure la prise en charge des dépenses de santé et garantit l'accès aux soins) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

grand-chatelleraut.fr

GRAND
CHÂTELLERAUT

COMMUNAUTÉ
D'AGGLOMÉRATION

Bénéficiez-vous de l'une ou plusieurs des aides suivantes, qui complète ou remplace la prise en charge de l'Assurance Maladie ?

- ☐ Protection Universelle Maladie (pour les personnes faisant face à un changement situation professionnelle, familiale ou de résidence)
- ☐ Complémentaire Santé Solidaire (ex CMU-C)
- ☐ Mutuelle complémentaire
- ☐ Aide Médicale d'Etat
- ☐ Autre, précisez :
- ☐ Aucun

Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté un professionnel de santé ?

Quel(s) professionnel(s) ?

- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Chirurgien-dentiste
- ☐ Orthophoniste
- ☐ Masseur-kinésithérapeute
- ☐ Sage-femme
- ☐ Infirmier libéral
- ☐ Autre, précisez :

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été admis à l'hôpital ?

Si oui, combien de fois ?

Avez-vous déjà renoncé à des soins pour l'un ou plusieurs de ces motifs ?

- ☐ Délai de rendez-vous trop long
- ☐ Praticien trop loin de chez vous
- ☐ Reste à charge trop cher
- ☐ Autre, précisez :

D'après votre propre expérience, est-il facile d'accéder à l'offre de soins suivante sur Grand Châtelleraut ? Cette question ne concerne pas la facilité d'accès en transport mais l'offre de soins correspondant à vos besoins et à ceux de votre famille.

Questions	Pas du tout facile	Plutôt pas facile	Ne sait pas / Non concerné	Plutôt facile	Très facile
Médecin généraliste					
Chirurgien-dentiste					
Orthophoniste					
Masseur-kinésithérapeute					
Sage-femme					
Infirmier libéral					

grand-chatelleraut.fr

GRAND
CHÂTELLERAUT

COMMUNAUTÉ
D'AGGLOMÉRATION

Selon vous, quelles sont les autres spécialités manquantes sur le territoire ?

Classer la priorité à donner aux thèmes suivants : (1 = le plus important, 4 = le moins important)

Thème	Notation (1 = le plus important, 4 = le moins important)
L'accès aux soins et à la prévention	
La santé mentale	
La santé environnementale (la qualité de l'air intérieur, les moustiques, etc.)	
L'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap (informations sur les aides, dispositifs et acteurs, coordination des professionnels, mobilité des personnes âgées et/ou des personnes en situation de handicap, etc.)	

D'après vous, quels sont les principaux enjeux en matière de santé pour les habitants de Grand Châtelleraut ?

Vous pouvez cocher 5 réponses maximum.

- ☐ Le handicap (sensoriel, moteur, etc.)
- ☐ L'exposition aux bruits (trafic routier, machinerie, musique, etc.)
- ☐ La santé mentale (maladies, dépression, mal-être)
- ☐ La présence de nuisibles (moustiques, rats, punaises de lit, cafards...)
- ☐ L'accès à des activités physiques et sportives adaptées à vos besoins
- ☐ La qualité de l'air ambiant (extérieur et intérieur, allergies, pollution...)
- ☐ Les difficultés liées à la qualité du logement (salubrité, isolation, etc.)
- ☐ Le surpoids, l'obésité
- ☐ La qualité des sols (déchets, pollution, etc.)
- ☐ L'éducation à la santé
- ☐ L'accès aux soins
- ☐ L'accès à une alimentation de qualité
- ☐ La qualité de l'eau (du robinet, de baignade)
- ☐ Autre précisez :

Commentaire libre :

Vous pouvez écrire vos besoins et/ou idées en terme de santé pour l'agglomération de Grand Châtelleraut.

.....

.....

.....

.....

grand-chatelleraut.fr

GRAND
CHÂTELLERAUT

COMMUNAUTÉ
D'AGGLOMÉRATION

8.4 Bibliographie

- Observatoire Régional de la Santé de Nouvelle-Aquitaine – CLS Fiche Indicateurs – CA du Grand Châtelleraut – Juin 2023
- Haute Autorité de Santé :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf
- Agence Régionale de Santé – Nouvelle-Aquitaine : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/media/116112/download?inline>
- Agence Régionale de Santé – Nouvelle-Aquitaine : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/media/116115/download?inline>
- Agence Régionale de Santé – Nouvelle-Aquitaine : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/media/116114/download?inline>
- Agence Régionale de Santé – Nouvelle-Aquitaine : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/media/131679/download?inline>
- Agence Régionale de Santé – Nouvelle-Aquitaine : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/media/1848/download?inline>