



**des Acteurs
des Actions**



Contrat Local de Santé

Vienne et Gartempe

des Objectifs

2024-2028



Contrat Local de Santé de la Communauté de Communes Vienne et Gartempe

Le présent contrat est conclu :

- ENTRE : l'Agence Régionale de Santé, représentée par M. Benoît ELLEBOODE, Directeur Général,
- ET : la Communauté de communes Vienne et Gartempe, représentée par Mr Michel JARRASSIER, en qualité de Président, autorisé par la délibération N° du conseil communautaire du,
- ET : l'État, représenté par M. Jean-Marie GIRIER, Préfet de la Vienne,
- ET : le Conseil Régional Nouvelle Aquitaine, représenté par M. Alain ROUSSET, en qualité de Président, lors de la séance plénière du 26 mars 2018 a adopté un règlement d'intervention de la politique contractuelle, et notamment un soutien aux projets, « aménagement du territoire volet santé »,
- ET : le Conseil Départemental de la Vienne, représenté par M. Alain PICHON, en qualité de Président, autorisé par la délibération de la commission permanente du..... ,
- ET : la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de la Vienne, représentée par Mme Sylvie LANDRIEU, Directrice
- ET : la Mutualité Sociale Agricole (MSA) Poitou, représentée par M. Jean-Marie GAUTIER, Président
- ET : le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers, représenté par Mme Anne COSTA, Directrice générale

ET : le Centre Hospitalier Henri Laborit, représenté par M. Xavier ETCHEVERRY,
Directeur

ET : la Caisse d'Allocations Familiales (CAF), représentée par M. Alain TETEDOIE,
Directeur

Vu le Code de la Santé Publique, et notamment les articles L1311-7, L1432-2, L1434-2, L1434-10, L1435-1, R1434-9, R1434-11 et R1435-16.

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Vu la loi n°2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République,

Vu la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prorogeant les Projets Régionaux de Santé jusqu'au 31/12/2017,

Vu le décret n°2015-1689 du 17 décembre 2015 portant diverses mesures d'organisation et de fonctionnement dans les régions de l'administration territoriale de l'Etat et de commissions administratives,

VU le décret du 15 janvier 2020 portant nomination de la préfète de la Vienne - Mme Chantal CASTELNOT ;

VU le décret du 7 octobre 2020 portant nomination du directeur général de l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine – M. Benoît ELLEBOODE ;

VU l'arrêté du 17 juillet 2018 du directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine portant adoption du projet régional de santé Nouvelle-Aquitaine 2018-2028 ;

Vu l'arrêté préfectoral n°2016-D2/B1-006 du 25 mars 2016 portant schéma départemental de coopération intercommunale de la Vienne ;

Vu l'arrêté préfectoral n°2016-D2/B1-038 en date du 6 décembre 2016 portant création du nouvel établissement public à fiscalité propre issu de la fusion de la communauté de communes du Lussacois, du Montmorillonnais et de l'extension aux communes de LA Bussière, La Chappelle-Viviers, Fleix, Lauthier, Leignes-sur-Fontaine, Paizay-le-Sec, Saint Pierre-de-Maillé et Valdivienne à compter du 1er janvier 2017,

Vu la lettre du 20 janvier 2009 du ministre de la Santé et des Sports et de la secrétaire d'Etat chargée de la politique de la ville – Consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et préparation à la mise en place des contrats locaux de santé,

Vu le 2^{ème} Contrat Local de Santé de la communauté de communes Vienne et Gartempe signé le 28 juin 2018 par les 9 partenaires : l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, la Communauté de Communes Vienne et Gartempe, la Préfecture de la Vienne, la Région

Nouvelle-Aquitaine, le Département de la Vienne, la CPAM de la Vienne, la MSA Poitou, le CHU de Poitiers, du CH Henri Laborit,

VU le schéma régional de santé du projet régional de santé Nouvelle-Aquitaine 2018-2023 ;

VU la décision du **21 janvier 2022** du directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine portant délégation permanente de signature ;

Vu la délibération du Conseil Départemental de la Vienne du 1^{er} juillet 2021 relative aux délégations de compétences à la Commission Permanente,

Vu la délibération de la Commission permanente du Conseil Départemental de la Vienne du **17 mars 2022** autorisant la signature du présent contrat,

Vu la délibération du **conseil** communautaire de la Communauté **de Communes Vienne et Gartempe du 16 novembre 2023** n°XX du XXXXX autorisant le Président à signer le présent contrat,

Il est convenu ce qui suit :

PARTIE I – LE CONTRAT

ARTICLE 1 : DEFINITION DU CLS

Fondé sur l'article L.1434-17 du code la santé publique, le Contrat Local de Santé se définit comme :

- **une démarche « contractuelle, partenariale et intersectorielle » associant :**
 - ✓ des partenaires signataires (a minima collectivité territoriale, ARS, Préfecture, Conseil départemental, 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 s'agit donc de :

- Faciliter les parcours de soins et de santé, avec des actions de prévention de la santé, une organisation des soins, un accompagnement médico-social
- Et de prendre en compte les autres facteurs qui ont une incidence sur la santé et la vie des populations : le logement, l'environnement, l'éducation, le travail, la mobilité...

ARTICLE 2 : ENJEUX DU CLS

En articulation avec les autres démarches territoriales et politiques contractuelles ayant un impact sur la santé (Loi de modernisation du système de santé et loi d'adaptation de la société au vieillissement, Projet Alimentaire de Territoire, Plan Climat Air Energie Territorial, Convention Territoriale Globale, Opération Programmée d'Amélioration de l'Habitat, Plan Local d'Urbanisme intercommunal...), le Contrat Local de Santé a vocation à :

- Décliner le programme régional de santé (PRS) et le schéma régional de santé (SRS), ce qui inclut le Projet Régional de Santé Environnemental (PRSE), le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) ainsi que la stratégie régionale en faveur de la petite enfance en santé environnementale.
- 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 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

ARTICLE 3 : OBJECTIFS DU CLS

Le Contrat Local de Santé a pour objectifs de :

- consolider le partenariat local sur les questions de santé, dans le cadre de la nouvelle organisation issue de la loi Hôpital Patients Santé Territoires et renforcée par la loi de modernisation du système de santé,
- soutenir les dynamiques locales de santé, sur le territoire de la Communauté de Communes Vienne et Gartempe, 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'Etat, des objectifs inscrits dans le Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence Régionale de Santé, et de la politique communautaire définie par les élus de la Communauté de Communes Vienne et Gartempe,
- 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.

Le Contrat Local de Santé s'appuie sur les initiatives de démocratie sanitaire, à la fois institutionnelles (Conseil Territorial de Santé, Conférence Régionale de Santé et de

l'Autonomie, Conseil National de la Refondation - santé) et locales (réunions publiques, débats, enquêtes, ...)

ARTICLE 4 : FONDEMENT DE LA SIGNATURE DU CLS

La Communauté de Communes Vienne et Gartempe, engagée de longue date dans un 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 et sa compétence santé.

L'ARS a souhaité s'engager dans la signature de Contrats Locaux de Santé (CLS) avec certaines communautés de commune/communes 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 Patient Santé Territoire (HPST).

Le CLS de la Communauté de Communes Vienne et Gartempe s'inscrit dans le Projet Régional de Santé (PRS) défini par l'Agence et son schéma régional de santé (SRS) en vigueur, ainsi que dans les plans et schémas visés ci-dessus qui en découlent.

Le Préfet du département de la Vienne, 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'implique également dans la contractualisation.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Vienne, fortement engagée dans l'accès aux droits, aux soins et à la santé et en particulier dans la lutte contre le renoncement aux soins, a souhaité réitérer la démarche en tant que signataire du CLS de la Communauté de communes Vienne et Gartempe.

La Mutualité Sociale Agricole Poitou, organisme de protection sociale, s'inscrit dans le dispositif Contrat Local de Santé dans le cadre d'une offre de service globale. 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, concoure 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.

Le CHU de Poitiers, site hospitalier de Montmorillon, est attaché à proposer à la population de ce territoire une offre de soins alliant proximité et qualité, en partenariat étroit avec les acteurs locaux, tout en valorisant l'appartenance au CHU et la complémentarité avec le site de Poitiers.

Le Centre Hospitalier Henri Laborit 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.

Le Conseil Régional Nouvelle Aquitaine s'est prononcé, lors de la séance plénière du 26 mars 2018 sur un soutien aux projets, « aménagement du territoire volet santé ». Dans le contrat de dynamisation élaboré entre le Conseil Régional et le Sud Vienne sont définies des missions et des actions de lutte contre la déprise médicale, des missions en faveur de la prévention, du lien santé environnement et un travail autour de la silver économie. La Région pourra accompagner ces projets dans le cadre de ses compétences, de ses règlements d'intervention, et dans la limite des budgets votés annuellement.

Le Conseil départemental de la Vienne s'est prononcé, dans sa commission permanente du 17 mars 2022 en faveur d'une participation active aux CLS communaux ou intercommunaux de son territoire, afin de renforcer son action en faveur notamment de la santé des enfants, personnes âgées et/ou en situation de handicap, des femmes enceintes et de la prévention, en cohérence avec les autres intervenants, et à contribuer à l'élaboration de l'offre de soins sur le territoire avec les professionnels et les institutions qui est un des objectifs majeur du plan santé du Département de la Vienne.

Enfin, la Caf de la Vienne, dont l'action s'inscrit dans le cadre des politiques sociales et familiales portées par la Branche Famille, agit en faveur de la cohésion sociale sur les territoires. A travers les conventions territoriales globales notamment, elle développe un partenariat politique et stratégique de proximité visant à apporter des réponses adaptées aux habitants et aux familles du territoire, dans une logique de cohérence d'intervention. Elle souhaite donc inscrire son action en articulation avec d'autres politiques publiques, au service des populations. Concrètement, la Caf de la Vienne, déjà engagée par la signature d'une convention territoriale globale (CTG) avec la CCVG depuis 2017, se mobilise pour agir sur le développement des services offerts aux habitants et aux familles (crèches, centres de loisirs, résidence habitats jeunes), faciliter l'accès aux droits (accès aux prestations, lutte contre le non-recours...), améliorer les conditions de vie des habitants sur leur territoire (logement, structures d'animation de la vie sociale...), soutenir les familles dans des moments clés ou des situations difficiles (naissance, séparation, décès, handicap, ...) et plus globalement tout au long de leurs parcours de vie. Par son action, elle entend aussi lutter contre les inégalités sociales et territoriales et ce, dès le plus jeune âge. Conformément à l'axe 10 de la CTG, la Caf de la Vienne souhaite également développer une approche transversale permettant une meilleure articulation des actions et favorisant le travail en lien avec les réseaux d'acteurs.

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

ARTICLE 5 : L'ARTICULATION DES POLITIQUES PUBLIQUES POUR LA REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES, ENVIRONNEMENTALES ET TERRITORIALES DE SANTE (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 de Territoire
- le Contrat de revitalisation et de transition écologique signé le 25/11/2021
- la Convention Territoriale Globale signée le 22/12/2021
- le Projet Alimentaire de Territoire signé le 24/11/2021
- Le Plan Climat Air Energie Territorial approuvé le 07/04/2022

ARTICLE 6 : LES PRINCIPES POLITIQUES PARTAGES

Outil d'animation du partenariat local sur les questions de santé, le CLS de la Communauté de Communes Vienne et Gartempe vise à renforcer la qualité de mise en œuvre de la politique de santé au niveau local en assurant, à son niveau, la coordination et/ou l'accompagnement des partenariats institutionnels et des acteurs médicaux, médico-sociaux, sociaux.

A ce titre, les partenaires signataires s'entendent sur des principes communs :

- **Définir un objectif explicite de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé** (sans quoi il est possible de proposer des actions aggravant au contraire 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 » (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, publics 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 insuffisantes)

- **Evaluer 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)

ARTICLE 7 : LE PERIMETRE DU CONTRAT LOCAL DE SANTE

Le périmètre du contrat local de santé choisi est le territoire de la Communauté de Communes Vienne et Gartempe qui regroupe 55 communes : ADRIERS, ANTIGNY, ASNIÈRES-SUR-BLOUR, AVAILLES-LIMOUZINE, BÉTHINES, BOURESSE, BOURG-ARCHAMBAULT, BRIGUEIL-LE-CHANTRE, CIVAUX, COULONGES, FLEIX, GOUEX, HAIMS, JOUHET, JOURNET, LA BUSSIÈRE, LA CHAPELLE VIVIERS, LA TRIMOUILLE, LATHUS-SAINT-RÉMY, LAUTHIERS, LE VIGEANT, LEIGNES-SUR-FONTAINE, LHOMMAIZÉ, LIGLET, L'ISLE-JOURDAIN, LUCHAPT, LUSSAC-LES-CHÂTEAUX, MAUPRÉVOIR, MAZEROLLES, MILLAC, MONTMORILLON, MOULISMES, MOUSSAC-SUR-VIENNE, MOUTERRE-SUR-BLOURDE, NALLIERS, NÉRIGNAC, PAIZAY-LE-SEC, PERSAC, PINDRAY, PLAISANCE, PRESSAC, QUEAUX, SAINT-GERMAIN, SAINT-LAURENT DE JOURDES, SAINT-LÉOMER, SAINT-MARTIN L'ARS, SAINT-SAVIN, SAINT-PIERRE DE MAILLÉ, SAULGÉ, SILLARS, THOLLET, USSON-DU-POITOU, VALDIVIENNE, VERRIÈRES, VILLEMORT.

Le périmètre du CLS pourra, le cas échéant, être étendu par avenant à d'autres territoires.

ARTICLE 8 : LE DIAGNOSTIC

Le 3 mars 2022, le Comité de Pilotage réunissant les membres signataires, a défini les enjeux, la méthodologie d'évaluation et le processus de réécriture du Contrat Local de Santé.

UN ENJEU ... :

Un CLS 3^{ème} génération :

- S'inscrivant dans la continuité du CLS 2^{ème} génération,
- Tout en prenant en compte les caractéristiques et évolutions territoriales et les besoins de la population en matière de santé,
- Favorisant la mise en réseau des acteurs locaux,
- Articulé avec l'ensemble des contractualisations territoriales internes à la collectivité (PAT, CTG, ...) et externes (Projets de santé MSP, CPTS, ...).

A ce titre, la méthodologie retenue est :

- en lien avec la stratégie régionale de santé (PRSE, PRAPS, ...),
- au service du projet global de territoire, privilégiant une approche transversale,
- facilitateur auprès des professionnels de santé, acteurs sociaux et médico-sociaux,
- et vecteur de mobilisation, d'implication, d'animation et de coordination des acteurs.

...MIS EN ŒUVRE AU TRAVERS D'UN PROCESSUS D'EVALUATION ET DE REECRITURE PARTICIPATIF DECLINE EN 3 PHASES ... :



... ET DES PRODUCTIONS POUR CROISER LES DONNEES : ETAT DES LIEUX, ENQUETES ET FOCUS GROUP

« Etat des lieux de la démographie médicale »

Réalisé par l'ORS Nouvelle Aquitaine articulé autour de 2 axes :

- ⇒ **Un diagnostic territorial** sur 3 aspects : état des lieux statistique de l'offre de soins libérale, cadrage socio-démographique et bilan de l'état de santé de la population.
- ⇒ **Une enquête auprès de tous les professionnels de santé libéraux** du territoire sur 3 aspects : pratique professionnelle, opinion sur la situation actuelle et l'évolution des conditions de travail et des modes de regroupements de professionnels, vision à moyen terme.

SYNTHESE¹

Le Territoire :

La Communauté de Communes Vienne et Gartempe (CCVG) a été créée en 2017 à l'issue de la fusion des Communautés de Communes du Montmorillonnais, du Lussacois et d'une partie du Pays Chauvinois.

Cette intercommunalité de 55 communes est un vaste espace de près de 2 000 km² et correspond à :

- 28 % de la superficie du département,
- 21 % du nombre de communes du département
- Mais seulement 9 % du nombre d'habitants de la Vienne.

La CCVG est partagée entre 9 bassins de vie :

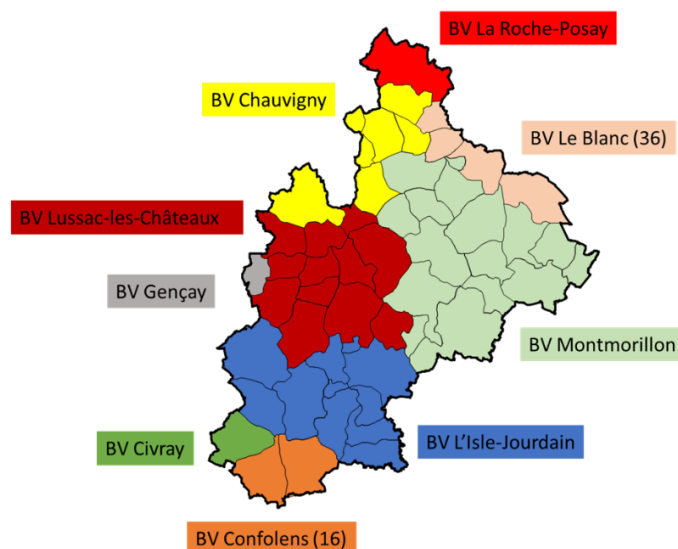
- Montmorillon : 16 communes
- L'Isle-Jourdain : 11 communes
- Lussac-les-Châteaux : 12 communes

Ainsi que des bassins de vie dont la ville centre n'appartient pas à la Communauté de Communes Vienne et Gartempe

- Civray : 1 commune
- Gençay : 1 commune
- Chauvigny : 7 communes
- La Roche-Posay : 1 commune

Voire des bassins de vie dont la ville centre est extérieure au département de la Vienne :

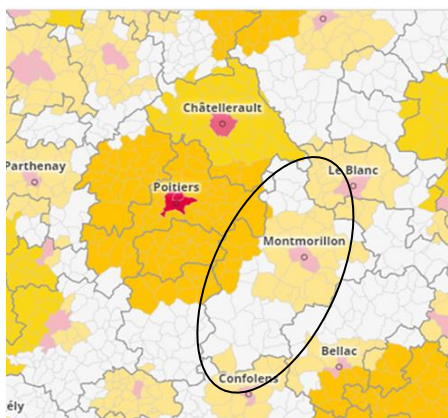
- Le Blanc (département de l'Indre) : 4 communes
- Confolens (département de la Charente) : 2 communes



La Communauté de Communes est un territoire à dominante rurale articulé autour d'un « petit » pôle urbain, Montmorillon (sous-préfecture), ainsi que sa couronne (19 communes en

¹ Diaporama de synthèse complet : Annexe 3 - Rapport complet téléchargeable sur le site de l'ORS : https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2021/11/123.Diag_Vienne_Gartempe_2021.pdf

tout) soit environ 15 000 habitants, puis de petites villes « centres » comme Lussac les châteaux, L'Isle Jourdain, etc.



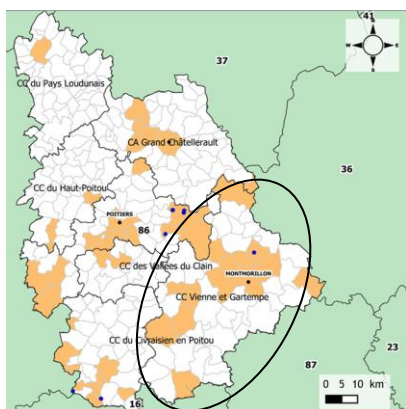
L'aire d'influence de Poitiers déborde sur cet espace sur la partie Ouest de la CCVG (Valdivienne, Verrières, Civaux...), alors que l'influence de Confolens apparaît à l'extrême sud sur la commune de Pressac. Au regard des habitudes de vie des habitants, on pourrait ajouter la commune d'Availles Limouzine dans l'aire d'influence de Confolens.

Les autres communes se situent « hors de l'attraction des villes » (zone blanche sur la carte).

Focus Santé Environnement :

Parmi les thèmes identifiés en santé environnementale, la qualité de l'air (intérieur et extérieur) et de l'eau sont des préoccupations importantes. Le territoire de Vienne et Gartempe est concerné par l'exposition :

- aux polluants chimiques, physiques ou biologique et plus particulièrement le Radon,
- à des espèces végétales et animales à enjeux pour la santé dont moustique tigre, chenille processionnaire, ambroisie et pollens.



Exemple de l'**Ambroisie** :

1/4 des communes concernées par un signalement d'Ambroisie en 2021.

Sources : ARS 2023 (Association FREDON)

Exemple du RADON

Source : DREAL Nouvelle Aquitaine 2019



Cadrage socio-démographique :

Le diagnostic est une base riche et intéressante à croiser avec d'autres outils mis à notre disposition tel que la fiche territoire de l'ORS.

En 1^{er} lieu, « *le territoire est faiblement peuplé, en décroissance et avec une part élevée de personnes âgées* »². L'indice de vieillissement sur Vienne et Gartempe est de 155 quand il est seulement de 103 en Nouvelle Aquitaine et de 88 dans la Vienne.

De manière globale, on retiendra des indicateurs socio-économiques plutôt défavorables

- Une part d'emplois précaires supérieure aux moyennes
- Une faible part de cadres (7,4% vs 14% en NA)
- 67% des foyers fiscaux sont non imposés (59% en NA ; 56% France)
- Un taux de pauvreté plus élevé que les taux de référence : 15,6 % en 2017
- Un écart qui se creuse avec l'âge : 15,4 % chez les 75 ans ou +
- Selon les données de l'Interrégime, en 2018, près de 52% des retraités de 55 ans ou + étaient à risque de fragilité (45,4 % en Nouvelle-Aquitaine).
- Et malgré tout, un taux de chômage inférieur aux moyennes
- Et des indicateurs de recours aux aides et prestations relativement faibles (ex : RSA, ASF, APL, C2S, etc).

A titre d'exemple, depuis la crise COVID, les travailleurs sociaux et les acteurs de l'aide alimentaire témoignent d'un accroissement significatif du nombre de bénéficiaires de l'aide alimentaire (de 20 à 50% en fonction des associations) et des problématiques d'approvisionnement.

Par ailleurs, on notera un habitat ancien et sans confort largement supérieur aux indicateurs de référence, départemental et régional. Cette donnée renvoie aux situations d'insalubrité voire d'incurie observées par plusieurs communes.

Etat de santé de la population :

Dans la fiche synthétique, « *l'état de santé de la population est présenté principalement en fonction d'indicateurs relatifs à la mortalité et aux maladies chroniques [...]* ».

Mortalité (nombre annuel moyen de décès et taux standardisé pour 100 000 habitants)						
	effectif	taux	position	taux France hexagonale	taux Nouvelle-Aquitaine	taux Vienne
54. Mortalité générale	588	924,3	●	871,3	858,3	839,5
55. Mortalité prématurée (avant 65 ans)	84(S)	236,7	●	197,1	197,3	195,2
56. Mortalité prématurée pour les hommes	56	314,9	●	271,2	271,7	268,4
57. Mortalité prématurée pour les femmes	28	162,5	●	126,8	126,7	125,5
58. Décès par cancer	161	272,9	●	242,6	240,9	247,5
59. Décès par maladie de l'appareil circulatoire	170	249,8	●	219,5	225,8	221,9
60. Décès liés à l'appareil respiratoire	35	51,8	●	58,6	54,4	54,0
61. Décès par suicide	9	19,2	●	14,9	17,1	17,5
62. Décès liés à un accident de circulation	<5	8,2	●	4,8	6,0	4,5
63. Mortalité prématurée évitable (avant 65 ans et par des causes accessibles à la prévention)	28	80,9	●	60,1	63,9	63,5
64. Décès liés au tabac	82	132,0	●	131,1	126,7	123,8
65. Décès liés à l'alcool	18	34,0	●	28,6	25,6	28,4

En complément, l'ORS note que « *chaque année en moyenne, on comptabilise 588 décès d'habitants de la Communauté de Communes : 289 décès masculins et 299 décès féminins.*

Le taux standardisé de mortalité générale s'élève sur la période 2011-2015 à 924 décès pour 100 000 habitants, soit un taux significativement supérieur au taux national (871). La

² Fiche synthétique des indicateurs de suivi par territoire CLS téléchargeable en ligne sur le site de l'ORS : https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2021/04/FicheCLS_VienneetGartempeb_2020.pdf

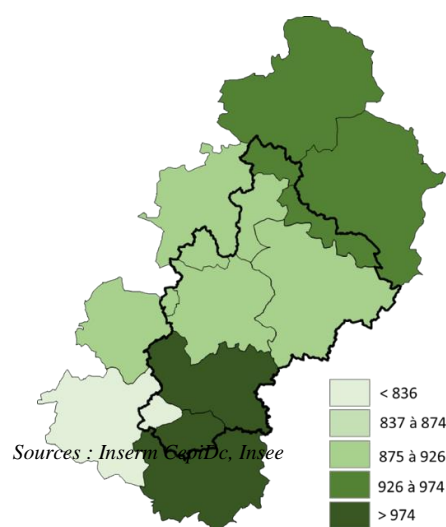
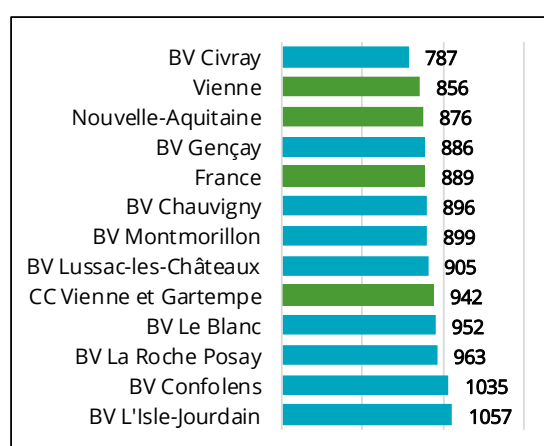
surmortalité constatée est significative chez les femmes et pour l'ensemble de la population »³.

La « **mortalité prématurée évitable** » est un indicateur clé à retenir car il présuppose que les actions de prévention pourraient avoir un impact pour réduire la mortalité. Cet indicateur sur Vienne et Gartempe est **fortement supérieur comparativement** aux indicateurs départemental, régional et nationale

En 2d lieu, les disparités internes au territoire, entre bassins de vie, sont relativement significatives, quel que soit l'indicateur retenu et mis en évidence dans l'étude (dépistage des cancers, consommation de psychotropes, affections de Longue Durée, ...), qu'il soit sanitaire ou social.

Graph. 1. Taux standardisés de mortalité générale par bassins de vie – 2011-2015

(pour 100 000 habitants)



Un lien de cause à effet peut être fait avec l'éloignement et/ou l'accessibilité des pôles urbains (grands ou petits) ainsi que l'offre de soins, toutes disciplines confondues.

Offre de soins :

« Si on prend pour exemple, le cas des médecins généralistes libéraux, les densités sur les bassins de vie de Le Blanc, Confolens, La Roche-Posay, Civray ou Lussac-les-Châteaux sont **au moins 10% en dessous de la moyenne nationale** et continue de diminuer. A noter que ces densités ne tiennent pas compte de la structure de la population et de la part importante de personnes âgées qui entraîne un volume de soins plus importants dans ces secteurs. De même, elles ne tiennent pas compte de l'activité des médecins et du nombre d'actes produits par les professionnels.

Si on rapporte le nombre de professionnels à la population âgée, la densité sur le territoire est presque deux fois inférieure à la densité nationale et inférieure également aux densités de la Vienne et de la Nouvelle-Aquitaine.

Enfin, en 2020, parmi les médecins généralistes libéraux en activité, 30% étaient âgés de 60 ans ou plus, soit une part un peu inférieure à la moyenne nationale mais un peu au-dessus des moyennes de la Vienne et de la Nouvelle-Aquitaine. Près de 55 % des médecins

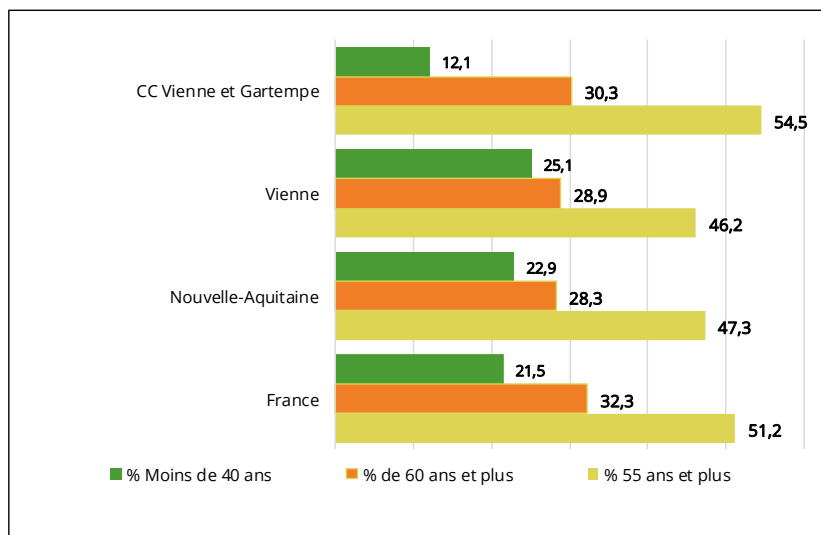
³ « Etat des lieux de la démographie médicale » - ORS NA - Page 16

généralistes étaient âgés d'au moins 55 ans. Cette part est en revanche supérieure aux moyennes nationale (51 %), régionale (47 %) et départementale (46 %).

En prenant l'hypothèse d'un départ à la retraite à 65 ans, le territoire pourrait perdre 10 médecins généralistes dans les 5 années à venir et potentiellement 19 départs dans les 10 années qui viennent. Ces départs devront être compensés par de nouvelles installations pour au moins maintenir les densités actuelles. Certains territoires sont plus fragiles que d'autres au sein de la Communauté de Communes : L'Isle-Jourdain (les 2 médecins ont plus de 60 ans), Valdivienne, Lussac-les-Châteaux, mais aussi Montmorillon où sur les 10 professionnels, 3 sont âgés de 60 ans ou plus et 6 ont au moins 55 ans (aucun n'est âgé de moins de 50 ans).

⁴ »

Graph. 1. Structure par âge des médecins généralistes libéraux en 2020



Sources : ARS, RPPS

« De manière globale, au sein de l'intercommunalité, début 2021, les densités de professionnels médicaux étaient particulièrement basses et la structure par âge, annonciatrice de départs en retraite imminents. »

La situation s'est aggravée début 2023, avec l'annonce de 2 départs en retraite, sur la ville de Montmorillon.

Seul les maillages « infirmier » et « pharmacien » semblent, à ce jour, suffisants et pertinents pour répondre aux besoins de la population.

Pour essayer de comprendre les « mécanismes d'installation » et identifier les leviers d'attractivité territoriale à mettre en œuvre, le 2^{ème} volet de l'étude consistait à questionner les professionnels de santé locaux.

De cette enquête, il ressort des éléments intéressants à prendre en compte :

- Plus de 190 professionnels libéraux actuellement en exercice qui ne se désintéressent pas de la situation au regard de la bonne participation à cette enquête (61%),
- Une organisation de l'offre de 1er recours jugée plutôt satisfaisante, avec un maillage infirmier reconnu et jugé « de qualité » par les médecins,
- Un territoire conscient de ces difficultés avec des actions déjà engagées pour faciliter le regroupement et l'exercice coordonné (Maisons de Santé, Centre de Santé) avec tout de même une question : la baisse aurait-elle été plus forte sans ces structures ?

⁴ « Etat des lieux de la démographie médicale » - ORS NA - Page 25

- Des réflexions entamées à une autre échelle : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ?
- Un sentiment majoritairement positif sur ces regroupements et des professionnels prêts à en faire partie mais un sentiment tout de même mitigé sur leur efficacité en termes d'attractivité,
- Des professionnels engagés dans l'accueil d'étudiants,
- Un atout : le pôle hospitalier et l'offre de consultation avancée,
- Mais également, des conditions de travail qui se dégradent,
- L'impossibilité de recevoir tous les patients particulièrement pour orthophoniste, dentistes,
- Des difficultés grandissantes pour trouver des remplaçants,
- Et malgré tout, un territoire qui reste peu attractif (distance de Poitiers et Limoges), des problématiques de logement et de déplacement pour les soignants, des difficultés d'exercice pour faire prendre en charge ses patients par des « spécialistes », et des indicateurs sanitaires et sociaux peu favorables...

Enquête auprès des élus (Questionnaire)

Maires et membres de la commission Santé soit 110 personnes interrogées

⇒ **Objectif** : Mesurer l'évolution du ressenti des élus sur la démographie médicale et les besoins de santé de la population.

⇒ **Diffusion** :

1^{ère} diffusion en 2012 dans le cadre de l'écriture du 1^{er} contrat local de santé

2^{ème} diffusion en 2017 dans le cadre du 1^{er} renouvellement

3^{ème} diffusion en 2022

⇒ **Méthodologie** : Questionnaire réalisé en interne à la CCVG et mis à disposition via un formulaire en ligne accessible durant 1 mois ½ (2 relances).

SYNTHESE⁵

Cette enquête a été réalisée pour la 1^{ère} fois en 2012 lors de la création du 1^{er} CLS, reconduite en 2017 lors du précédent renouvellement de contrat, enfin en 2022, dans le cadre du processus d'évaluation ayant abouti au présent contrat.

Elle permet de percevoir l'évolution du sentiment de santé sur le territoire. Les informations observées sont des données subjectives qu'il convient de croiser avec les données statistiques objectives recueillies principalement au travers de l'état des lieux produit par l'ORS Nouvelle Aquitaine.



- 43 participations (40%)
- 33 communes représentées
- Répartition équilibrée entre petites, moyennes et grosses communes
- Représentation équilibrée de l'ensemble du territoire et des bassins de vie

On retiendra donc principalement :

1/ Une augmentation de l'insatisfaction vis-à-vis de l'offre de soins :

↳ En 2012, les élus estimaient, majoritairement l'offre de soin satisfaisante à 82%. La tendance s'est dégradée en 2017 passant de majoritairement « satisfaisante » à « moyennement satisfaisante (73%) ». Aujourd'hui, c'est l'insatisfaction qui devient significative avec 37% contre seulement 7% et 8% lors des précédentes enquêtes.

⁵ Annexe 4 : Résultats complets de l'enquête sous format Diaporama

2/ Des problématiques d'accès aux soins principalement par manque de professionnels et pour des raisons de mobilités.

↳ Par manque de professionnels – toutes disciplines confondues.

Entre 2012 et 2022, les disciplines citées comme « manquantes » restent les mêmes avec tout de même un accroissement significatif du besoin en médecin généraliste, venant confirmer les données statistiques. En effet, à titre d'exemple, sur la période 2012-2022, 1 médecin généraliste sur 2 partis à la retraite n'a pas été remplacé.

Enfin, la situation est encore plus inquiétante concernant les spécialistes. Aucun départ à la retraite n'a été remplacé, confirmé par l'état des lieux de la démographie médicale mise à jour récemment.

↳ Liées aux difficultés de mobilité d'une partie de la population.

Déjà en 2012, la question des déplacements était une préoccupation majeure, thématique confirmée par les habitants dans le cadre des Focus Group réalisés en janvier 2023. Il convient tout de même de nuancer car des disparités internes au territoire sont constatées. En fonction des bassins de vie, les besoins de mobilité sont différents (ponctuel ou régulier, de courte ou grande distance, accompagné ou autonome, etc).

3/ Des préoccupations principalement orientées vers les populations âgées et les personnes précaires.

Dans une moindre mesure, les difficultés de prise en charge des enfants et des personnes handicapées inquiètent et sont en augmentation par rapport aux enquêtes précédentes.

Enfin, le logement et la prévention sont également des sujets de préoccupations.

4/ En lien avec le point précédent, il est noté un besoin de structures de prise en charge de la précarité (assistants sociaux) ;

Des dispositifs tels que les Maisons France Service, les conseillers numériques, la PASS pourraient prendre le relai et/ou compléter l'offre en matière d'accès aux droits, si tant est que les postes puissent être pourvus ; ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Aucun secteur d'activité (établissement hospitalier, établissements médico-sociaux et sociaux) n'est épargné par les problématiques de recrutement.

5/ A l'inverse, le besoin en structures d'accueil intermédiaires pour personnes âgées semble avoir diminué.

En conclusion de cette enquête, les principales attentes des élus locaux sont :

- Installation de nouveaux professionnels,
- Organisation de la mobilité
- Actions de prévention et d'information.

Enquête « Population » sous forme de « focus group »

Objectifs :

- Identifier les pratiques et les besoins des habitants notamment en termes d'information, de ressources et dispositifs existants ou manquants
- Identifier des pratiques inspirantes, au regard des thématiques identifiées.

Méthodologie :

3 focus group organisés autour des thématiques suivantes :

- la précarité,
- le vieillissement et la perte d'autonomie,
- les familles.

La question de la Santé Mentale est une thématique transversale abordée dans chacun des groupes.

SYNTHESE⁶

Une population a bien des égards résignée ayant incorporée l'idée d'appartenir à un territoire en manque de services et professionnels.

Le premier constat général qui a pu être dressé lors des différentes rencontres avec les habitants du territoire est de rencontrer une population en partie résignée, ayant incorporée l'idée d'appartenir à un territoire périphérique, délaissé et peu attractif notamment en ce qui concerne la capacité à faire venir des nouveaux professionnels de santé. [...]

Des écarts entre la représentation d'une bonne santé et les besoins exprimés

Le second constat est un écart important, parmi la majorité des personnes rencontrées, entre la représentation d'une bonne santé et les besoins exprimés en matière de santé.

En effet, pour beaucoup, on retrouve une association entre bonne santé et un triptyque qui repose sur vie sociale/ temps / prendre soin. Des dimensions où l'individu est principalement acteur de sa santé en prenant « *le temps de...* », « *soin de soi* », « *soin des autres* », en faisant du sport, en adoptant des bonnes habitudes de vie, ...

Or à l'inverse, les besoins exprimés en matière de santé sont rarement des demandes liées aux conditions de vie (travail, lieu de convivialité) et/ou d'action/ service de prévention ni d'actions d'éducation à la santé, avec cette idée que les personnes seraient actrices de leur santé « *les soins c'est aussi l'affaire du soigné* » (Focus group « familles »).

Les demandes exprimées sont souvent des demandes en matière de service de santé de proximité et/ou de demandes annexes (information sur l'existant, dispositif de mobilité) où il situe l'individu en passivité, en attente d'une action extérieure à eux.

Accès aux soins

Parmi les différents sujets exprimés dans les trois groupes d'habitants, une récurrence concerne la thématique de l'accès aux soins. Ces préoccupations prennent forme à travers des questionnements autour de **la mobilité**, de **l'information disponible** et des stratégies individuelles mise en place pour pouvoir accéder aux soins notamment dans un contexte de numérisation des interactions sociales.

⁶ Annexe 6 : Rapport complet, grilles d'entretien et comptes rendus des ateliers

Mobilité > Des besoins exprimés, des initiatives locales qui ne rencontrent pas forcément leurs publics

Le premier élément invoqué par l'ensemble des habitants rencontrés lors des focus group est la question de la difficulté d'accessibilité en raison de l'éloignement des centres urbains et des problèmes de mobilité inhérents à leur milieu de vie. Une problématique de mobilité qui dépasse le simple cadre de l'accès aux soins et touche l'ensemble des aspects de la vie sociale des habitants. **Il faut toutefois différencier ici, dans cette problématique propre à la ruralité, les différents niveaux de cette dernière et les centralités existantes où une offre de soins demeurent et se développe au plus près des problématiques des habitants les plus vulnérables (accueil de jour, ...).** Ainsi, si les habitants de Lussac-les Châteaux peuvent témoigner de difficultés d'accès en matière de soins spécialisés, ces dernières sont cantonnées essentiellement aux personnes avec des pathologies chroniques ou concernent des besoins plus ponctuels. Dans cette perspective des solutions sont imaginées - et à développer - et mise en place soit de manière individuelle en faisant jouer des solidarités familiales pour le transport, en développant de la téléconsultation ou en imaginant des solutions de transport solidaire.

Il en va autrement dans des secteurs qualifiés tantôt de « rural isolé », « d'hyper ruralité » où la faible densité de population couplée à un éloignement des centralités locales conduit à une difficulté d'accès aux soins du quotidien qui demeure le premier niveau de prévention en matière de santé. Pour ces habitants, il est difficile d'imaginer que les solutions naissantes (transport solidaire, ...) puissent résoudre réellement leur problématique d'accès aux soins sans une offre minimum à proximité de leur domicile. Pour nombre d'entre eux, les hypothèses qui se posent sont soit la perspective d'un déménagement ou simplement d'un renoncement aux soins.

L'importance du lien social et des relations interpersonnelles pour rendre efficient les outils de développement de l'accès aux soins

Un des éléments récurrents issus des échanges avec l'ensemble des habitants a été, de manière indirecte, de contribuer à une évaluation des outils, dispositifs existants pour palier à ces difficultés d'accès aux soins. On pense ici notamment à deux éléments qui ont surgit dans les échanges qui sont les dispositifs de transport solidaire et les outils d'informations sur l'offre existante. Alors qu'il existe une offre de transport solidaire et un besoin réel de la population pour ce type de service, on observe que « l'offre et la demande » ne se rencontrent pas, achoppent principalement en raison d'un déficit d'interactions sociales en amont.

De la même manière, en matière de communication, alors que les pouvoirs publics ont mis en place des outils pour fournir une information au plus près de la population, on observe que la simple information ne suffit pas, il faut qu'elle soit retraduite, portée par quelqu'un pour être efficiente. On retrouve ici un élément même de la définition de la communication établit par l'école de Palo Alto qui la définit comme devant être interpersonnelle en différenciant dans cette dernière le contenu de la relation.

Des grands écarts dans le rapport au médecin traitant

Un des éléments qui est ressorti des échanges des différents groupes tient dans le rapport social entretenu avec le médecin traitant. Là où pour certains, il s'agit d'un suivi sur le long

terme scandé par un rythme minimum de rencontres annuelles et qui inscrit le rôle du médecin à la fois d'une fonction curative et préventive : *« Tous les 3 mois on va chez le médecin, il nous ausculte et en fonction de ce que l'on a, il nous oriente pour faire des examens. Depuis 20 ans c'est le même processus »* (Focus PA). Pour beaucoup en raison de la difficulté même à entretenir une relation continue et régulière avec celui-ci, le médecin ne tient plus qu'une place ponctuelle ayant soit la fonction curative ou un passage obligé pour accéder à l'offre demandée.

Effets pervers et glissements de fonction d'un système de soins en tension

On retrouve sur le territoire de Vienne et Gartempe comme partout en France la présence d'effets pervers et de glissements de fonction dans les pratiques et les usages du système de soins. Des entretiens réalisés, au moins quatre types de comportements sont ressortis, tous liés à un manque d'une offre de soins en médecine de ville.

- Le recours aux urgences

Face à une médecine de ville de plus en plus débordée, la facilité d'accès aux soins dans un service d'urgence, ouvert en permanence, « attire » de plus en plus de patients venant pour des consultations de médecine générale : *« Quand je veux prendre un RDV c'est 8 jours après, c'est trop tard », « Aux urgences ils râlent parce qu'eux ils ont d'autre boulot plus grave »* (Focus précarité)

- Le recours à l'automédication

Une seconde conséquence à cette absence de réponse de la médecine de ville (déserts médicaux, pas d'accès à un médecin, difficulté pour avoir un rendez-vous, délais pour avoir un rendez-vous), outre le recours aux urgences, va passer par des pratiques d'automédication : *« Je sais que ce n'est pas bien de se soigner nous-même mais 6 jours (pour avoir un RDV) moi je ne peux pas attendre (pour soigner une infection urinaire) »* (Focus famille) *« Il faut de plus en plus se débrouiller seul », « Aujourd'hui c'est l'automédication »* (Focus famille). C'est donc de potentiels retards de diagnostics des contre-indications médicamenteuses non maîtrisées, etc.

- Renoncement aux soins

Enfin une des dernières conséquences de ce déficit d'offre de soins prend la forme tout simplement d'un renoncement aux soins c'est-à-dire de soins non pris en charge alors que les personnes en déclarent le besoin. Les facteurs de renoncement aux soins sont liés à l'organisation territoriale, l'absence/ la faible offre médicale, la disponibilité temporelle de l'offre de soins, des difficultés géographiques d'accès à l'offre de soins et/ou de mobilité. *« Ça passe comme ça ». « T'essaye d'appeler, t'essaye d'appeler, tu as des refus, bon ben ça passera ».* (Focus précarité) *« Pas de rdv pour passer une mammographie dans le cadre du dépistage organisé, c'est le parcours du combattant, ça dure des mois, des mois et puis après on oublie et puis on passe à autre chose ».* (Focus PA)

Les personnes peuvent craindre l'impact de l'absence de soins sur leur état de santé : *« On s'inquiète déjà pour prendre un RDV tout à fait lambda ». « S'il y avait une médecine de proximité, souvent ça ne dégénérerait pas, les gens, ils laissent courir ». « Y'a pas de suivi régulier ».* (Focus famille)

- Le détournement des nouveaux outils numériques

Enfin un dernier corollaire d'un système en tension est le détournement de l'utilisation des nouveaux outils numériques. Ainsi, si la dématérialisation des rendez-vous par un système

comme Doctolib a pu être salué et assimilé pour beaucoup, on observe également le détournement de ces outils et des stratégies de contournements des questions en ligne. [...]

En conclusion,

« L'attente principale de l'ensemble des habitants est de **développer des soins de proximité**, notamment les soins de 1^{er} recours et permettre à chaque habitant d'avoir accès aux soins de qualité.

Pour les habitants cela doit passer par :

- l'aide à l'installation des professionnels de santé avec une sensibilisation des jeunes habitant le territoire sur les professions médicales puis par un accompagnement pendant leurs études et lors de leur installation sur le territoire,
- une obligation des jeunes médecins à exercer quelques années en milieu rural
- De nouveaux modes de rémunération et de nouvelles formes d'exercice avec des maisons médicales/maisons de santé avec du personnel salarié
- la création de nouveaux métiers (ex : assistants médicaux)
- le besoin d'un projet de territoire pour attirer et retenir les professionnels

Une autre attente majeure est de **développer le lien social et le lien intergénérationnel** en adoptant une démarche « d'aller-vers » les publics les plus isolés et vulnérables avec l'instauration par exemple d'un système de veille pour les personnes isolées.

Un besoin identifié est celui de **développer et/ou de valoriser les dispositifs de mobilité** : le transport solidaire mis en place sur certaines parties du territoire n'est pas toujours connu donc sous-utilisé. L'idée a émergé de mettre en place un bus mobile pour effectuer des consultations itinérantes sur le territoire.

Une autre attente concerne **l'information sur l'offre existante** avec le besoin de diversifier les sources et canaux d'information, avec la création d'outils comme un annuaire en ligne.

Une autre proposition serait de **développer des services pour des publics spécifiques** comme un service pour les personnes en situation de handicap (ex : Handisoins au Centre Hospitalier de Châtellerauld), des accueils de jour à d'autres endroits du territoire.

Enfin, d'autres idées concrètes ont retenu notre attention comme :

- **des bilans de santé délocalisés sur les territoires**, à l'image de ceux proposés par la CPAM, pour les personnes sans médecin traitant. Cette offre aurait le double intérêt sanitaire d'éviter les retards de diagnostic (et donc la perte de chance) et de « constituer une 1^{ère} base d'information médicale « rassurant » pour un éventuel futur médecin traitant. Cette idée, sous une autre forme, a également été évoquée par les professionnels de santé.
- **la possibilité d'avoir du temps « libéré » pour réaliser un dépistage lors des campagnes**, autorisée par les employeurs, à l'image de ce qui existe dans certaines branches professionnelles pour faciliter la participation au don du sang ou lors du COVID pour faciliter l'accès à la vaccination.
- **développer et consolider les réseaux de solidarité locale et « d'attention citoyenne »** à l'image du réseau « Sentinelles » sur le risque suicidaire, les réseaux d'écoute et de visiteurs bénévoles, constituer un réseau d'ambassadeurs de prévention, etc.

Enquête auprès des « Acteurs » réalisé par l'ORS Nouvelle Aquitaine

Objectifs :

- Évaluer le processus global du CLS (gouvernance, processus et animation)
- Identifier les problématiques prioritaires à traiter dans le CLS 3^{ème} génération

Méthodologie :

- Questionnaire
- Entretiens avec les signataires du CLS

SYNTHESE⁷

Un questionnaire en ligne a été diffusé à l'ensemble des acteurs locaux identifiés comme pouvant avoir un lien direct ou indirect avec le Contrat Local de Santé. Cela a représenté 112 destinataires différents. 46 réponses ont été traitées, principalement des associations et établissements relevant du champ médico-social ainsi que des organismes de sécurité sociale (CPAM et MSA) et des établissements sanitaires.

Des points forts et des marges de progression :

Points forts	Marges/Pistes de progrès
Une image positive du CLS	Une dynamique à relancer à la suite de la COVID/ attente forte des acteurs
Un effet positif sur le développement des partenariats	Amener davantage de cohérence dans les actions / avoir une vision globale sur le territoire / prioriser et planifier
Une démarche très participative et dynamique appréciée	Améliorer/développer la communication et la lisibilité des actions mises en place (qui fait quoi, quand, où, comment)
Une diversité d'acteurs impliqués et en nombre	« Délocaliser » des réunions dans d'autres pôles que Montmorillon
Une bonne communication	Reproduire des actions probantes qui existent sur d'autres territoires
Un travail de coordination « bien mené » et reconnu, dynamique et ancrée dans le territoire	Lister/construire des indicateurs de suivi des actions
Un CLS très (trop ?) riche	Redonner envie à la population de s'impliquer/participer aux actions d'éducation/promotion de la santé
Une volonté des répondants de contribuer au CLS	Articulation avec les autres CLS, avec les autres contrats territoriaux (CTG, PAT...)

⁷ Rapport complet en annexe

Et des attentes vis-à-vis de la coordination du CLS, en matière de :

- Mise en réseau des acteurs,
- Développement de l'interconnaissance entre acteurs,
- Veille sur des problématiques émergentes,
- Information sur les projets de santé du territoire (hors action du CLS)

Enfin, l'enquête a permis aux acteurs de s'exprimer sur les problématiques de santé repérées sur le territoire. En les croisant avec les données territoriales relevées précédemment dans les différentes enquêtes, les 3 thématiques ressorties majoritairement apparaissent comme pertinentes :

- Accès aux soins et à la prévention
- Offre de soins et démographie médicale
- Santé mentale/ souffrances psychosociales.

D'autres sujets relevant de la prévention (la sexualité, la nutrition, dépistage organisé) et de la prise en charge médicale (maladies chroniques, soin à domicile, perte d'autonomie) ont également été cités.

Enfin, le cadre de vie (mobilité, habitat, hébergement, ...) et l'accès aux droits sont également des préoccupations sous-jacentes à l'ensemble de ces sujets.

Le travail de co-construction s'est donc structuré autour de ces 3 thématiques. Elles ont été déclinées en 4 axes stratégiques présentés et validés en COPIL du 30 mars 2023. Ces derniers sont déclinés à l'article 11 du présent contrat.

ARTICLE 9 : DEFINITION DES AXES STRUCTURANTS DU CONTRAT

Le Contrat Local de Santé cible l'axe stratégique majeur de la réduction des inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé. Dans cette perspective, il vise à améliorer, pour toute personne vivant sur le territoire de la Communauté de Communes Vienne et Gartempe, notamment les plus vulnérables, l'accès à une offre de santé globale : promotion de la santé, prévention, soins hospitaliers et ambulatoires, accompagnements médico-sociaux.

Cet axe stratégique transversal sera décliné au sein de chaque fiche action de l'ensemble des axes stratégiques du contrat et qui prennent en compte l'état des lieux et le diagnostic partagé par la Communauté de Communes Vienne et Gartempe ainsi que les principes politiques partagés par les partenaires signataires (cf. article 4 ci-dessus).

Les fiches action des axes stratégiques thématiques listés à l'article 11 infra prennent en compte la logique de parcours de santé à travers différentes dimensions : l'accessibilité (ex : géographique, administrative, financière, organisationnelle et socio-culturelle), la lisibilité (ex : informations des habitants et des professionnels), la qualité (ex : sécurité du parcours ; coordination des prises en charge...) et la continuité de l'offre de santé.

ARTICLE 10 : LE PILOTAGE ET L'ASSOCIATION DES PARTENAIRES

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 :
 - La Communauté de communes Vienne et Gartempe
 - Le Conseil Régional Nouvelle Aquitaine
 - 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 Montmorillon
 - La Caisse primaire d'assurance maladie de la Vienne
 - La Mutualité Sociale Agricole Poitou
 - Le CHU de Poitiers représenté par la direction du pôle hospitalier de Montmorillon
 - Le CH Henri Laborit
 - La Caisse d'Allocations Familiales de la Vienne

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

Les signataires institutionnels (Collectivités, ARS, Préfet) 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 une à deux fois par an.

- la première rencontre est consacrée à :
 - la prise en compte des difficultés ou des inflexions nécessaires,
 - 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** : outre les membres du comité de pilotage restreint, il est composé de :
 - La Direction Départementale de l'Emploi, du Travail et des Solidarités (DDETS)
 - L'Education Nationale
 - La Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT)
 - L'Observatoire Régional de la Santé de Poitou-Charentes
 - La Maison de la Solidarité de Proximité
 - Les Maisons des Jeunes et de la Culture dont le CPA de Lathus
 - Les structures d'aides à domicile : ADAPA, ADMR, ...
 - La Mission Locale Rurale Centre et Sud Vienne
 - L'UDAF 86 – Maison relais
 - Le Centre d'Information du Droit des Femmes et des Familles
 - Le Comité d'Entente de la Vienne - CED-H 86

- Le Comité de la Vienne - Ligue contre le Cancer
- Le Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC)
- Le Conseil de l'ordre des Médecins
- Le Conseil Départemental de la Vienne de l'ordre des chirurgiens-dentistes
- Le Conseil Départemental de la Vienne de l'ordre des Masseurs kinésithérapeutes
- Le Conseil Départemental de la Vienne de l'ordre des Infirmiers
- Le Conseil Interdépartemental de la Vienne de l'ordre des Infirmiers Picto Charentais
- L'URPS Pharmaciens Poitou-Charentes
- La Croix Rouge
- Le CSAPA 86
- L'IREPS Nouvelle Aquitaine
- Le DAC 86
- La MDPH 86
- Les PEP 86
- La Protection Judiciaire de la Jeunesse
- Les EHPAD, Foyers logements et accueil de jour du territoire
- Les associations d'usagers : Familles rurales, APCLP, France Alzheimer, FNATH 86
- Les Chantiers d'insertion (ADECL, Jard'insolite, CCVG, CPA)
- L'ESAT d'Adriers / Lussac
- Les CCAS des communes du territoire
- Les professionnels de santé libéraux, les maisons de santé et CPTS.

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

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 Conseil départemental etc.) et si besoin, des membres des groupes de travail thématiques.

Ses missions : il traduit de manière opérationnelle la stratégie du comité de pilotage restreint. 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 à deux fois par an.

- 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/ou 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 et 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 ⁸ (cf *Référentiel de compétences du coordinateur CLS*).

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.

ARTICLE 11 : LES AXES STRATEGIQUES DU CONTRAT

Les axes prioritaires de santé traités dans le CLS de la Communauté de communes Vienne et Gartempe se déclinent en plusieurs axes thématiques de manière à répondre aux besoins prioritaires de santé identifiés sur le territoire.⁹ Pour chacun de ces axes, une dimension populationnelle et transversale est précisée en fonction des résultats des diagnostics de besoin.

Sur la base des diagnostics et enquêtes annexés au présent contrat, l'ensemble des membres du comité d'acteurs a contribué à la définition des axes et actions proposés. Le travail de contribution a été principalement réalisé lors de 2 séminaires en décembre 2022 ¹⁰ et mai 2023¹¹. Il s'agissait d'identifier les actions existantes à prolonger, les initiatives naissantes à soutenir, les projets à créer.

Le travail de priorisation, quant à lui, a pris en compte les enjeux de transversalité et les travaux d'actualisation des différents projets régionaux de santé (PRS, PRSE, PRAPS).

Chaque axe est décliné en sous-objectif ; les fiches actions faisant l'objet d'une annexe à part entière. La dimension populationnelle de chaque axe sera déclinée dans les fiches actions.

⁸ Annexe 2 : Référentiel de compétences de coordinateur CLS

⁹ Annexe 5 : Enquête « Acteurs » et entretiens avec les signataires réalisés par l'ORS Nouvelle Aquitaine dans le cadre de la démarche globale d'évaluation de la gouvernance et de l'animation des CLS soutenue par l'ARS Nouvelle Aquitaine.

¹⁰ Annexe 7 : Séminaire du 9 décembre 2022 = Affiner les problématiques et préciser les publics cibles

¹¹ Annexe 8 : Séminaire du 12 mai 2023 = Proposer des actions en réponse aux problématiques identifiées

Axe 1 : Renforcer l'offre de soins

- ✓ **Objectif 1 : Faciliter l'installation de nouveaux professionnels**
 - Valoriser le territoire
 - Promouvoir la diversité des possibilités d'exercice du territoire
 - Proposer un accompagnement personnalisé
 - Faciliter l'accueil des stagiaires, étudiants, remplaçants, collaborateurs, médecin junior
- ✓ **Objectif 2 : Soutenir les initiatives des professionnels de santé**
 - Accompagner les équipes pluridisciplinaires à se structurer collectivement (ESP, MSP, CPTS)
 - Soutenir les initiatives et propositions émergentes portées par les professionnels de santé (
- ✓ **Objectif 3 : Contribuer à la pluridisciplinarité et la complémentarité entre acteurs locaux**
 - Renforcer l'interconnaissance entre le sanitaire, le social et le médico-social
 - Consolider l'offre existante de structures d'exercice coordonné (MSP)
 - Consolider le déploiement du dispositif PEPS sur le territoire (Prescription d'Exercice Physique pour la Santé)

Axe 2 : Améliorer l'accès aux soins et aux droits en santé

- ✓ **Objectif 4 : Donner une meilleure visibilité de l'offre sur le territoire**
 - Promouvoir les services du CHU - pôle hospitalier de Montmorillon (téléexpertise, accès direct, Urgences, Plateau technique, offre de consultations avancées, ...)
 - Promouvoir les dispositifs et plateformes d'accompagnement
 - Faciliter la mise en relation élus, acteurs sociaux et professionnels de santé
- ✓ **Objectif 5 : Faciliter les orientations et la prise en charge des publics les plus vulnérables**
 - Participer aux réflexions territoriales (locales et/ou départementales) en matière de lutte contre le renoncement aux droits et aux soins (accessibilité numérique, mobilité, transport solidaire, ...)
 - Contribuer aux réflexions des réseaux d'acteurs locaux (Violences conjugales, parentalité, aide alimentaire...)
- ✓ **Objectif 6 : Valoriser le rôle et les services délocalisés**
 - Valoriser l'offre et les services hospitaliers délocalisés (Consultations avancées, PASS, EMPP, CMP, ...)
 - Faciliter les permanences d'accès aux droits et aux soins sur le territoire et les valoriser (permanences CPAM, CIDFF, CEGidd, PMI, Picta'Bus, CAF, Travailleurs sociaux ...)

Axe 3 : Améliorer la prise en compte de la santé mentale

- ✓ **Objectif 7 : Développer la prévention et le repérage des personnes en souffrance psychique**
 - Conduire des actions de sensibilisation et d'information sur la santé mentale auprès du grand public : participer aux SISM
 - Promouvoir les formations en lien avec la prévention du mal-être et du risque suicidaire : « 1ers secours en santé mentale », Sentinelles (RÉTS), ...
 - Faciliter les orientations en outillant les acteurs : fiches « reflexe »

- ✓ **Objectif 8 : Contribuer à améliorer la prise en charge et le suivi**
 - Valoriser le rôle et les services du Centre Hospitalier Henri Laborit (CSAPA, CJC, ...)
 - Améliorer la connaissance des dispositifs de prise en charge de la santé mentale en direction des publics les plus vulnérables (EMPP), des jeunes (Picta'bus, Mission Locale Rurale), des personnes âgées (Equipe Mobile de psychiatrie de la Personne âgée...) et des familles (PMI, ...,
 - Promouvoir les réseaux et dispositifs de soutien (Agri'écoute, répit des aidants, répit parental, réseau des violences conjugales...)
- ✓ **Objectif 9 : Accompagner les publics dans les transitions de la vie**
 - Promouvoir les démarches éducatives et pédagogiques auprès des enfants, des jeunes, des familles s'appuyant sur le développement des compétences psychosociales (compétences cognitives, sociales et émotionnelle)
 - Mettre en réseau les acteurs de la parentalité et conduire des actions en ce sens
 - Promouvoir les programmes d'actions en faveur du « Bien vieillir »

Axe 4 : Promouvoir un environnement et des habitudes de vie favorables à la santé

- ✓ **Objectif 10 : Contribuer à relayer localement les campagnes de prévention et de dépistage**
 - Promouvoir les parcours proposés par les acteurs de sécurité sociale
 - Relayer les campagnes nationales de prévention et de vaccination
 - Promouvoir les campagnes et actions de dépistages organisés
- ✓ **Objectif 11 : Soutenir le développement de programmes d'actions en faveur de la nutrition**
 - Promouvoir l'activité physique pour tous et le déploiement d'une antenne locale Sport Santé 86
 - Soutenir les initiatives « Manger mieux » en restauration « hors foyer » et pour les personnes en situation de précarité alimentaire
 - Encourager les mobilités actives
- ✓ **Objectif 12 : Contribuer à l'amélioration du cadre de vie**
 - Contribuer aux réflexions départementales pour la prise en compte des problématiques d'incurie
 - Contribuer aux réflexions sur la mobilité
 - Promouvoir les actions de prévention de la perte d'autonomie en faveur du maintien à domicile des personnes âgées
- ✓ **Objectif 13 : Améliorer la prise en compte des risques environnementaux par les habitants**
 - Cartographier et communiquer sur les risques environnementaux auprès des habitants
 - Conduire des campagnes d'information et de sensibilisation ciblées et adaptées au territoire
 - Relayer les campagnes d'information, de sensibilisation et de prévention

ARTICLE 12 : LES MODALITES DE SUIVI ET D'EVALUATION DU 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. Les signataires s'appuieront sur le référentiel d'évaluation des CLS produit par l'ARS Nouvelle Aquitaine.

ARTICLE 13 : LA DUREE DE VALIDITE DU CONTRAT LOCAL DE SANTE

Le CLS prend effet à la date de sa signature pour une durée allant jusqu'à la période de validité du SRS Nouvelle-Aquitaine (maximum 5 ans).

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.

ARTICLE 14 : LES ENGAGEMENTS DES SIGNATAIRES

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 les services d'appui (internes à l'agence et ceux de ses opérateurs (ORS, IREPS,...))
- associer les élus signataires aux instances locales (CTS et 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 sont 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.

ARTICLE 15 : LE RENOUVELLEMENT DU CONTRAT LOCAL DE SANTE

Le présent contrat fera l'objet d'un renouvellement tacite à échéance ou express en fonction des résultats de l'évaluation décrite à l'article 12 du présent contrat.

ARTICLE 16 : LA RESILIATION DU CONTRAT LOCAL DE SANTE

Le présent contrat peut être résilié par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec accusé de réception après un préavis de trois mois.

ARTICLE 17 : REGLEMENT DES LITIGES

En cas de litige, il est expressément stipulé que le tribunal administratif territorialement compétent sera seul compétent pour tous les différends que pourrait soulever l'application du présent contrat. Préalablement à toute procédure judiciaire, un règlement amiable pourra être recherché par les parties.

PARTIE II – LES FICHES ACTION

Les fiches actions seront présentées par axe stratégique (thématiques et populationnels)
Leur élaboration sera finalisée au plus tard le.....2024.
Elles seront intégrées à l'annexe n°1 du présent contrat.

Fait à Montmorillon, le 14 décembre 2023

**Pour la Communauté de Communes Vienne et
Gartempe**

Pour l'ARS Nouvelle Aquitaine,

Pour la Préfecture de la Vienne

Pour le Conseil Régional

Pour le Conseil Départemental de la Vienne

**Pour la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
de la Vienne**

Pour le CHU de Poitiers

Pour le CH Henri Laborit

Pour la Mutualité Sociale Agricole Poitou

**Pour la Caisse d'Allocations Familiales
de la Vienne**