



Contrat Local de Santé de la Communauté de communes du Pays Loudunais

Le présent contrat est conclu :

- ENTRE : l'Agence Régionale de Santé, représentée par M. Benoît ELLEBOODE, Directeur Général,
- ET : la communauté de communes du Pays Loudunais, représentée par Joël DAZAS, en qualité de Président, autorisé par la délibération XXX du conseil communautaire du 5 décembre 2023,
- ET : l'État, représenté par Jean-Marie GIRIER, Préfet de la Vienne,
- ET : le Département de la Vienne, représenté par M. Alain PICHON, en qualité de Président, autorisé par la délibération XXX de la commission permanente du XXXXX,
- 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. , Président,
- ET : le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Poitiers, représenté par M. Anne COSTA, Directrice
- ET : le Centre Hospitalier Henri Laborit, représenté par M. Xavier ETCHEVERRY, Directeur
- ET : la Caisse d'Allocations Familiales (CAF), représentée par M. , Directrice

Accusé de réception en préfecture
086-248600447262155 CC 2023 LC_Caf 10
Date de télétransmission : 25/01/2024
Date de réception préfecture : 25/01/2024

ET : l'Éducation Nationale, représentée par M. Fabrice BARTHELEMY, Directeur des services départementaux de l'éducation nationale,

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 la lettre du 20 janvier 2009 du ministre de la santé et des sports et de la secrétaire d'État 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 Contrat Local de Santé de la Communauté de communes du Pays Loudunais signé le 4 avril 2018 par 8 partenaires : l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, la Communauté de Communes du Pays Loudunais, la Préfecture de la Vienne, le Département de la Vienne, et le Groupe Hospitalier Nord Vienne, la CPAM de la Vienne, de la MSA Poitou et la CAF de la Vienne.

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

VU la décision du xx/xx/xxx 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,

Accusé de réception en préfecture
N° 2024-123456789-1
Date de télétransmission : 25/01/2024
Date de réception préfecture : 25/01/2024

Vu la délibération du conseil communautaire de la Communauté de Communes du Pays Loudunais n°XX du 5 décembre 2023 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.1434-10 du code de 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 ou établissement public de coopération intercommunale - EPCI, 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.

ARTICLE 2 : ENJEUX DU CLS

Le Contrat Local de Santé a vocation à :

- décliner le projet régional de santé et le schéma régional de santé, ce qui inclut le PRSE (plan régional santé environnement) ainsi que la stratégie régionale en faveur de la petite enfance en santé environnementale et le PRAPS (programme régional pour l'accès aux soins et à la prévention des plus démunis)
- 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

En articulation avec les autres démarches territoriales ayant un impact sur la santé.

Agustine réception en préfecture
001240604472023204 SC 2023_16_234 DE
Date de télétransmission : 25/01/2024
Date de réception préfecture : 25/01/2024

ARTICLE 3 : OBJECTIF 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 de 2009 dite « Hôpital Patients Santé Territoires » 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 de communes du Pays Loudunais, 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 du Pays Loudunais,
- 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 - CTS, Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie - CRSA) et locales (réunions publiques, débats, enquêtes, ...)

ARTICLE 4 : FONDEMENT DE LA SIGNATURE DU CLS

La Communauté de communes du Pays Loudunais, 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.

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

Le CLS du Pays Loudunais s'inscrit dans le Projet Régional de Santé (PRS) défini par l'Agence et son schéma régional de santé (SRS) pour 2023-2028 en vigueur, ainsi que dans les plans et schémas qui en découlent ou succéderont.

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 protège durablement la santé de chacun en agissant auprès de tous. Elle exerce à cet effet des activités diversifiées, dans le respect 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, 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, 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.

La Caisse d'Allocations Familiales de la Vienne, fortement engagé 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 de communes du Pays Loudunais.

Le CHU de Poitiers est attaché à proposer à la population du Pays Loudunais 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 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, fortement engagée dans la promotion de la santé globale et positive ainsi que dans le suivi de la santé des élèves, souhaite développer le partenariat en tant que signataire du CLS du Pays Loudunais.

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.

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

Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) : si le territoire du CLS faisait l'objet d'un CLSM, ce dernier constituerait 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 mentales 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.

ARTICLE 6 : LES PRINCIPES POLITIQUES PARTAGES

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

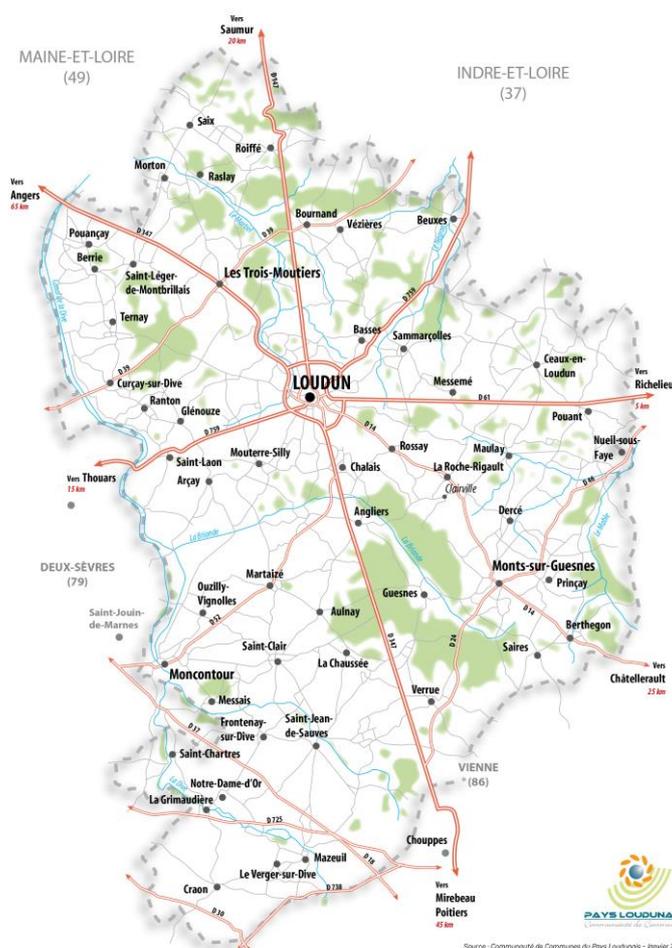
- **définir un objectif explicite de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé** (sans quoi il est possible de proposer des actions aggravant au contraire les ISETS) ;
- **agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé :**
« *La santé d'une personne est d'abord le 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, 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).

ARTICLE 7 : LE PERIMETRE DU CONTRAT LOCAL DE SANTE

Le périmètre du contrat local de santé choisi est le territoire de Communauté de communes du Pays Loudunais qui regroupe 45 communes : Angliers, Arçay, Aulnay, Basses, Berrie, Berthegon, Beuxes, Bourmand, Ceaux-en-Loudun, Chalais, La Chaussée, Craon, Curçay-sur-Dive, Dercé, Glénouze, La Grimaudière (et les communes associées Notre-Dame-d'Or et Le Verger-sur-Dive), Guesnes, Loudun (et la commune associée Rossay), Martaizé, Maulay, Mazeuil, Messemé, Moncontour (et les communes associées Messais, Ouzilly-Vignolles et Saint-Chartres), Monts-sur-Guesnes, Morton, Mouterre-Silly, Nueil-sous-Faye, Pouançay, Pouant, Prinçay, Ranton, Raslay, La Roche-Rigault, Roiffé, Saint-Clair, Saint-Jean-de-Sauves (et la commune associée Frontenay-sur-Dive), Saint-Laon, Saint-Léger-de-Montbrillais, Saires, Saix, Sammarçolles, Ternay, Les Trois-Moutiers, Verrue, Vézrières.

COMMUNAUTÉ DE COMMUNES DU PAYS LOUDUNAIS



Accusé de réception en préfecture
086-248600447-20231205-CC_2023_12_254-DE
Date de télétransmission : 25/01/2024
Date de réception préfecture : 25/01/2024

ARTICLE 8 : LE DIAGNOSTIC

Un état des lieux a été réalisé en juin 2023 établi sur la base d'une analyse comparative de l'évolution des données chiffrées du diagnostic santé-social complet réalisé par l'ORS en 2017 et sur une consultation d'acteurs du territoire en groupe de travail thématiques. La fiche des indicateurs actualisés produite par l'ORS est jointe en annexe.

Il en ressort des éléments clés caractéristiques du territoire marqué par :

Le territoire

- Un territoire à forte dominante rurale et un petit pôle central : Loudun (24 400 habitants, 6 780 à Loudun et 11 communes de moins de 200 habitants).
- Des attractions multiples Chinon (37), Châtelleraut (86), Thouars (79), Saumur (49), etc.
- Une prédominance des activités agricoles.

Population

- Sur la population générale du territoire

La population est stable sur les 10 dernières années, le solde naturel négatif est compensé par les entrées sur le territoire; la proportion des différentes tranches d'âge reste relativement stable avec un léger déclin des 30-44 ans au profit des 60-74 ans. La composition des ménages est comparable aux moyennes régionales et nationales.

- Sur la population des personnes âgées :

Tout comme les données populationnelles générales, l'indice de vieillissement sur le territoire reste stable bien que plus élevé que la moyenne régionale. Concernant le mode de vie des seniors, le pourcentage plus important de personnes âgées vivant en établissement d'accueil peut être en corrélation avec un taux favorable d'équipement (EHPAD, résidence autonomie, MAF...) sur le territoire par rapport à la moyenne régionale et nationale.

- Sur la population active

On constate que la répartition et l'évolution par type d'activité des 16-64 ans est similaire aux chiffres régionaux et nationaux, mais les revenus médians sont inférieurs de plus de 10% à la moyenne régionale.

État de santé

- Un indice de mortalité supérieur à celui de la région chez les hommes (+ 8%) comme chez les femmes (+12%).
- Un recours hospitalier supérieur au niveau régional chez les hommes pour les maladies de l'appareil circulatoire, pour diabète chez les femmes et pour maladies de l'appareil digestif, quel que soit le sexe.
- Une surmortalité masculine par suicide de 66% supérieure à la moyenne de la région Nouvelle-Aquitaine.
- Un niveau de remboursement de psychotropes inférieur à celui du département et de la région, quel que soit le sexe en 2016.

Approche populationnelle

- Un taux d'équipement pour l'hébergement des personnes âgées légèrement supérieur à celui du département et de la région.
- Un taux de bénéficiaires de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) supérieur à celui du département et un recours important aux services des ADMR.
- Des difficultés de repérage des situations complexes chez les personnes âgées.
- Des problématiques de mobilité et de logements inadaptés ou insalubres chez les personnes vieillissantes.

- Un taux d'équipement pour les enfants en situation de handicap favorable à celui de la Vienne et de la Nouvelle-Aquitaine.
- Un besoin de lieux de sociabilisation pour les enfants d'âge préscolaire et de soutien à la parentalité.

Comportement et santé

- Alcool, tabac et autres addictions : Une surmortalité masculine liée à la consommation d'alcool de 45 % par rapport à la région soit 5,9 % des décès masculins (contre 4,7 % en Nouvelle-Aquitaine) et 14,7 % des décès liés à la consommation de tabac.
- 2 550 passages au Centre Périnatal de Proximité en 2016 incluant les activités du Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles et du planning familial.
- Une banalisation de la consommation de cannabis et l'émergence de drogues dures sur le territoire.
- Un manque de connaissance en santé sexuelle chez les jeunes et d'espace d'écoute sur ces sujets.

Environnement, travail et santé

- Un taux autour de 10% des logements du parc privé considéré comme potentiellement indigne.
- Une qualité d'eau conforme à la législation.
- Un indice de fréquence des accidents de travail, de trajet et de maladies professionnelles supérieur à celui du département et de la région.

Offre de soins

- Un territoire fragile ou sous-vigilance en offre de soins de 1^{er} recours : une densité en médecins généralistes inférieure de plus d'un tiers aux moyennes départementale et régionale.
- Quatre maisons de santé pluri-professionnelles intercommunales.
- Des densités de paramédicaux, sage-femmes et chirurgiens-dentistes libéraux très inférieures aux moyennes départementale et régionale (territoire considéré comme très sous doté par l'ARS pour les professions d'infirmiers, masseur-kinésithérapeutes et chirurgien-dentiste).
- Une offre hospitalière délivrée par le site de Loudun du CHU (lits de médecine, de soins de suite et réadaptation et de soins de longue durée ainsi que plusieurs consultations externes spécialisées et d'équipement en imagerie médicale).
- Un centre de soin non programmé sur le site de Loudun du CHU.
- Une CPTS en cours de structuration.

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 du Pays Loudunais, 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 définit des objectifs qui sont déclinés au sein de chaque fiche action de l'ensemble des axes stratégiques du contrat et qui prennent en compte le diagnostic l'état des lieux réalisé en mai 2023 ainsi que les principes politiques partagés par les partenaires signataires (cf. article 4 ci-dessus).

Les fiches action des axes stratégiques 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

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

- **Une instance stratégique : Le Comité de pilotage (COPIL)**

C'est l'instance décisionnelle du CLS, composée exclusivement des signataires :

- Communauté de communes du Pays Loudunais
- L'ARS Nouvelle Aquitaine représentée par la Délégation Départementale de la Vienne
- La Préfecture de la Vienne représentée par la Sous-Préfecture de Châtelleraut
- Le Département de la Vienne
- La Caisse primaire d'assurance maladie de la Vienne
- La Mutualité Sociale Agricole Poitou
- La Caisse d'Allocations Familiales de la Vienne
- Le CHU de Poitiers
- Le CH Henri Laborit
- l'Éducation Nationale

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

Les signataires institutionnels (Collectivités-EPCI, 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,
 - 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.

- **Une instance technique** :

Les Comités techniques ou équipes projets thématique sont composé de représentants des signataires et d'acteurs locaux réunis des 5 axes de travail.

Ses missions : ils traduisent de manière opérationnelle la stratégie du comité de pilotage. Les groupes de travail thématiques portent sur l'élaboration et la mise en œuvre concrète des actions ainsi que sur l'identification de nouveaux besoins émergents. Le CLS coordonne la mise en place des comités techniques, apporte une aide à la mise en œuvre, au suivi technique et à l'évaluation des actions en veillant à la cohérence entre les différentes démarches territoriales de santé. Il permet aussi de garantir une vision d'ensemble de la démarche et de son avancement aux personnes impliquées au niveau opérationnel sur une ou plusieurs thématiques.

Les comités techniques seront réunis au moins une fois par semestre.

- **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 ou de l'EPCI.

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 Référentiel de compétences du coordinateur CLS).

Si le coordinateur CLS est placé juridiquement sous la responsabilité de la Collectivité territoriale ou de l'EPCI, ses missions ont vocation à être menées sous une responsabilité conjointe avec la délégation départementale de l'ARS et plus collégalement avec les différentes parties contractantes. Le coordinateur 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 du Pays Loudunais se déclinent en plusieurs axes thématiques et populationnels de manière à répondre aux besoins prioritaires de santé identifiés sur le territoire.

Ces axes sont déclinés en sous-objectifs et en fiches actions (cf. partie 2 du présent contrat) :

Axe 1 : Attractivité, Coordination des professionnels, Accès au soin

- Attractivité du territoire et accompagnement de l'installation de nouveaux professionnels de santé
- Accompagnement de la coordination des professionnels de santé du territoire
- Accès aux droits, aux soins et lutte contre le renoncement

Axe 2 : Promotion de la santé par la prévention

- Dépistage, vaccination, suivi santé à tous les âges
- Promotion des comportements favorables à la santé :
Jeunesse (activité physique, nutrition, santé sexuelle et affective, CPS...)
Parentalité/famille
- Education thérapeutique des patients

Axe 3 : Autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap

- Information, anticipation et acceptation de la perte d'autonomie.
- Actions et réseaux de soutien aux aidants.
- Fluidité des échanges entre professionnels médicaux, paramédicaux et médico-sociaux autour d'un parcours de vie.

Axe 4 : Santé mentale, psychosociale et Addictions

- Santé mentale : information, sensibilisation, formation.
- Prévention addictions et parcours d'accompagnement.

Accusé de réception en préfecture
Prévention addictions et parcours
Date de télétransmission : 25/01/2024
Date de réception préfecture : 25/01/2024

- Bien-être, estime de soi, accompagnement de la souffrance Psychosociale

Axe 5 : Santé environnementale

- Cadre de vie favorable à la santé

- Logement (adaptation, salubrité, bonnes pratiques et amélioration de l'habitat)

- L'intégration de la Santé dans les politiques publiques environnementales

ARTICLE 12 : LES MODALITES DE SUIVI ET D'ÉVALUATION 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.

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 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.

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 : LA PROROGATION - LE RENOUVELLEMENT DU CONTRAT LOCAL DE SANTE

En fonction des résultats de l'évaluation décrite à l'article 12 du présent contrat, le CLS peut faire l'objet soit d'une prorogation soit d'un renouvellement en accord avec les parties.

Les signataires préciseront le cas échéant les modalités de prorogation ou de renouvellement du précédent 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 sont construites avec les acteurs du territoire et présentées par axe stratégique - thématiques ou populationnels - (annexe 1).

Fait à XXX, le date

**Pour l'ARS Nouvelle Aquitaine,
Le Directeur Général,**

Benoît ELLEBOODE

**Pour la Préfecture de la Vienne,
La Préfète,**

Chantal CASTELNOT

**Pour la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
de la Vienne,
La Directrice,**

Maryline LAMBERT

**Pour la Caisse d'Allocations Familiales
de la Vienne,
La Directrice,**

Tania CONCI

**Pour le CH Henri Laborit,
Le Directeur,**

**Pour l'éducation nationale,
Le Directeur des services départementaux de
l'éducation nationale,**

Fabrice BARTHELEMY

**Pour la Communauté de Communes du Pays
Loudunais**

Joël DAZAS

**Pour le Département de la Vienne,
Le Président du Conseil Départemental**

Alain PICHON

**Pour la Mutualité sociale Agricole Poitou
Le Président du Conseil d'Administration,**

Jean-Marie GAUTIER

**Pour le CHU de Poitiers,
La Directrice,**

Anne COSTA

**Pour le Groupe ELSAN, Polyclinique de Poitiers, la
clinique du Fief de Grimoire, la Clinique Saint
Charles,
Le Directeur,**

Romain DUSSAUT

Annexe n°1
Fiches action du CLS

PROJET

Annexe n°2
Référentiel de compétences du coordinateur CLS

Référentiel Contrat
Local de Santé
Nouvelle-Aquitaine

CLS

Référentiel des
compétences du
coordonnateur
de CLS

ars
Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine

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

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fédérer, rassembler, dynamiser en expliquant, en convainquant, en co-construisant, en identifiant les rôles et les enjeux, en permettant à chacun de s'approprier le projet, ainsi qu'en valorisant les actions ▪ 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
<p>Savoir-être</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avoir un bon sens du relationnel, faire preuve d'adaptabilité et de disponibilité ▪ Avoir du leadership ▪ Être à l'écoute, réactif et pragmatique ▪ Faire preuve d'autonomie ▪ Sens de l'organisation

LA DIFFERENCE ENTRE ANIMATEURS DE SANTE 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
<p>Missions :</p> <p>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.</p>	<p>Missions :</p> <ul style="list-style-type: none"> -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.
<p>Lien avec le CLS : mise en place ou portage d'actions inscrites dans le plan d'actions du CLS</p>	<p>Lien avec le CLS : coordination du CLS et ou CLSM (cf. supra)</p>
<p>Employeur : Centre Hospitalier</p>	<p>Employeur : Intercommunalité, ou commune</p>
<p>Financement du poste par l'ARS</p>	<p>Cofinancement par l'ARS</p>
<p>Durée : contrats de 3 ans puis renouvellement après évaluation</p>	<p>Durée : contrats sur la durée du CLS(M) puis renouvellement après évaluation</p>

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.

Annexe n°3

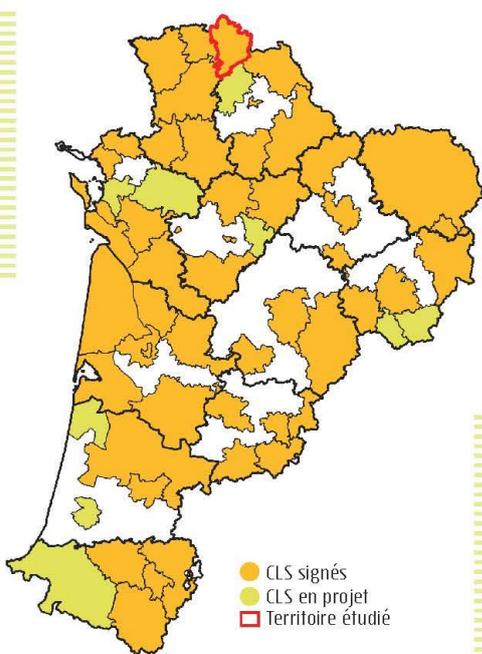
FICHE INDICATEURS – Observatoire Régional de Santé



Créés en 2009 par la loi « Hôpital, patients, santé et territoire », puis consolidés par la loi de « Modernisation du système de santé » de 2016 et la loi « 3DS » de 2022 relative à la différenciation, décentralisation, déconcentration et simplification, les contrats locaux de santé (CLS) sont des outils de mise en œuvre et de déploiement des politiques de santé dans les territoires de proximité. Portés conjointement par l'Agence régionale de santé (ARS) et une collectivité territoriale, ils ont pour objectifs de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé et d'être l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires.

L'observatoire régional de la santé de Nouvelle-Aquitaine (ORS-NA) accompagne l'ARS et les collectivités depuis la création des CLS, avec notamment la mise à disposition d'indicateurs territoriaux, synthétisés grâce à l'élaboration de fiches d'indicateurs pour chacun des CLS : une fiche par territoire présentant la situation du CLS, l'évolution de ces indicateurs et la comparaison par rapport aux moyennes nationales.

Les contrats locaux de santé (CLS) en Nouvelle-Aquitaine au 01/05/2023



Source : ARS-NA

45 communes en 2023

1 EPCI*

849,0 km²

29 habitants / km² en 2019

Source : Insee

24 432

habitants en 2019

Source : Insee

Part dans la population...

... régionale : 0,4 %

... départementale : 5,6 %

Source : Insee



Indice de vieillissement

120

personnes de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans en 2019

Source : Insee

* Établissement Public de Coopération Intercommunale

Accusé de réception en préfecture
083-248600447-20231205-CC_2023_12_254-DE
Date de télétransmission : 25/01/2024
Date de réception préfecture : 25/01/2024



POPULATION

Avant toute action sur un territoire, il est important de prendre en compte la population qui y réside, que ce soit en termes d'effectifs, d'évolution mais également de structure par âge. La composition des foyers est également un déterminant

important qui peut influencer la qualité de vie et l'état de santé des populations. L'analyse de ces facteurs démographiques est nécessaire pour développer des actions de santé qui répondent aux besoins des territoires.

	TERRITOIRE DU CLS						TERRITOIRE DU CLS		
	ANNÉE	EFFECTIF	TAUX	POSITION	TAUX FRANCE HEXAGONALE	TAUX DÉPARTEMENT	ANNÉE	TAUX VALEUR	TAUX ÉVOLUTION
1. Nombre d'habitants	2019	24 432					2008	24 360	//
2. Évolution annuelle moyenne	2013-19	2	0,01	●	0,36	0,28	2008-13	0,05	↘↘
3. Évolution annuelle moyenne due au solde migratoire	2013-19	130	0,53	●	0,09	0,23	2008-13	0,38	↗↗
4. Nombre de ménages	2019	11 046					2008	10 666	//
5. Ménages - couple sans enfant ¹	2019	3 647	33,0		26,1*	28,6	2008	33,6	=
6. Ménages - couple avec enfant(s) ¹	2019	2 592	23,5		25,2*	22,0	2008	27,2	↘
7. Ménages - personne seule ¹	2019	3 774	34,2	●	36,9*	39,5	2008	31,0	↗
8. Familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans ²	2019	611	20,1	●	24,9	24,6	2008	16,3	↗↗
9. Immigrés ³	2019	694	2,8		9,8	5,3	2008	2,0	↗↗

* France entière

nd : non disponible - ss : secret statistique - nc : non calculable - // : évolution des effectifs non significative

1 - pour 100 ménages / 2 - pour 100 familles avec enfant(s) de moins de 25 ans / 3 - pour 100 habitants

ÉTAT DE SANTÉ

L'état de santé de la population du territoire est présenté principalement en fonction d'indicateurs relatifs à la mortalité et aux maladies chroniques, à travers le dispositif des affections de longue durée (ALD). Les taux standardisés permettent de comparer, à structure par âge égale, la situation du territoire

à celle observée sur l'ensemble de la France hexagonale. Pour les affections de longue durée, sont présentées les prévalences (nombre de personnes concernées par une ALD pour une année) et les incidences (nombre de personnes nouvellement admises dans le système des ALD).

	TERRITOIRE DU CLS						TERRITOIRE DU CLS		
	ANNÉE	EFFECTIF	TAUX	POSITION	TAUX FRANCE HEXAGONALE	TAUX DÉPARTEMENT	ANNÉE	TAUX VALEUR	TAUX ÉVOLUTION
10. Personnes en ALD ¹	2020	5 212	1 848,5	●	1 858,6	1 747,5	2015	1 593,6	↗↗
11. Personnes admises dans l'année en ALD ²	2019-21	693	240,8	●	217,5	214,0	2017-19	264,2	↘
12. Décès ²	2013-17	336	97,1	●	85,4	80,3	2003-07	106,2	↘
13. Décès prématurés (avant 65 ans) ³ - ♂	2013-17	26	24,1	●	26,0	24,8	2003-07	35,8	↘↘
14. Décès prématurés (avant 65 ans) ⁴ - ♀	2013-17	16	15,9	●	12,4	12,4	2003-07	12,7	=
15. Décès évitables par des actions de prévention ²	2013-17	34	13,3	●	12,5	12,2	2003-07	17,2	↘↘
16. Décès évitables par traitement ²	2013-17	20	7,6	●	5,7	5,4	2003-07	8,6	=

ALD : Affection de longue durée - ♂ Hommes - ♀ Femmes

nd : non disponible - ss : secret statistique - nc : non calculable

1 - Taux standardisé pour 10 000 consommateurs de soins / 2 - Taux standardisé pour 10 000 habitants / 3 - Taux standardisé pour 10 000 hommes / 4 - Taux standardisé pour 10 000 femmes

Note : pour les incidences ALD et les décès, l'effectif correspond au nombre annuel moyen de cas.

● TRÈS DÉFAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE / ● DÉFAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE / ● AUTOUR DE LA MOYENNE NATIONALE / ● FAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE / ● TRÈS FAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE

2 JUIN 2023

CLS Pays Loudunais

Accusé de réception en préfecture
086-248600447-20231205-CC_2023_12_254-DE
Date de télétransmission : 25/01/2024
Date de réception préfecture : 25/01/2024



ÉTAT DE SANTÉ (SUITE)

	TERRITOIRE DU CLS						TERRITOIRE DU CLS		
	ANNÉE	EFFECTIF	Taux	POSITION	Taux FRANCE HEXAGONALE	Taux DÉPARTEMENT	ANNÉE	Taux VALEUR	Taux ÉVOLUTION
C CANCERS									
17. Personnes en ALD pour cancer ¹ - ♂	2021	611	427,0	●	421,2	406,1	2012	358,5	↗↗
18. Personnes en ALD pour cancer ² - ♀	2021	542	338,6	●	388,5	357,2	2012	317,1	=
19. Personnes admises dans l'année en ALD pour cancer ¹ - ♂	2019-21	91	64,1	●	60,2	62,5	2017-19	62,0	=
20. Personnes admises dans l'année en ALD pour cancer ² - ♀	2019-21	75	50,5	●	50,9	51,2	2017-19	51,1	=
21. Décès par cancer ¹ - ♂	2013-17	48	34,3	●	32,9	32,3	2003-07	38,4	=
22. Décès par cancer ² - ♀	2013-17	38	21,0	●	17,5	17,6	2003-07	18,6	=
23. Décès par cancer du poumon ³	2013-17	12	3,8	●	4,7	4,3	2003-07	4,3	=
24. Décès par cancer colorectal ³	2013-17	11	3,3	●	2,6	2,9	2003-07	3,6	=
25. Décès par cancer du sein ² - ♀	2013-17	7	4,5	●	3,2	3,0	2003-07	3,2	=
26. Décès par cancer de la prostate ¹ - ♂	2013-17	5	3,9	●	3,6	3,6	2003-07	4,3	=
C APPAREIL CIRCULATOIRE									
27. Personnes en ALD pour maladie cardio-vasculaire ¹ - ♂	2021	1253	896,7	●	899,8	870,8	2012	684,3	↗↗
28. Personnes en ALD pour maladie cardio-vasculaire ² - ♀	2021	818	445,8	●	413,1	366,3	2012	323,5	↗↗
29. Personnes admises dans l'année en ALD pour maladie cardio-vasculaire ¹ - ♂	2019-21	123	88,5	●	73,7	75,6	2017-19	111,0	↘↘
30. Personnes admises dans l'année en ALD pour maladie cardio-vasculaire ² - ♀	2019-21	90	52,7	●	42,8	40,8	2017-19	64,4	↘↘
31. Décès par maladie cardio-vasculaire ¹ - ♂	2013-17	44	34,1	●	26,5	26,1	2003-07	45,2	↘↘
32. Décès par maladie cardio-vasculaire ² - ♀	2013-17	50	20,7	●	16,9	16,0	2003-07	29,4	↘↘
33. Décès par cardiopathie ischémique ³	2013-17	17	5,0	●	4,9	4,6	2003-07	7,5	↘↘
34. Décès par maladie vasculaire cérébrale ³	2013-17	19	5,3	●	4,6	4,4	2003-07	9,5	↘↘
C APPAREIL RESPIRATOIRE									
35. Personnes en ALD pour maladie respiratoire ¹ - ♂	2021	60	44,1	●	59,8	44,5	2012	43,5	=
36. Personnes en ALD pour maladie respiratoire ² - ♀	2021	76	50,0	●	53,0	41,9	2012	35,2	=
37. Personnes admises dans l'année en ALD pour maladie respiratoire ¹ - ♂	2019-21	5	4,0	●	4,6	4,5	2017-19	5,9	=
38. Personnes admises dans l'année en ALD pour maladie respiratoire ² - ♀	2019-21	8	5,4	●	4,1	4,6	2017-19	6,5	=

ALD : Affection de longue durée - ♂ Hommes - ♀ Femmes

nd : non disponible - ss : secret statistique - nc : non calculable

1 - taux standardisé pour 10 000 hommes / 2 - taux standardisé pour 10 000 femmes / 3 - taux standardisé pour 10 000 habitants

Note : pour les incidences ALD et les décès, l'effectif correspond au nombre annuel moyen de cas.

● TRÈS DÉFAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE / ● DÉFAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE / ● AUTOUR DE LA MOYENNE NATIONALE / ● FAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE / ● TRÈS FAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE

ÉTAT DE SANTÉ (SUITE)

	TERRITOIRE DU CLS						TERRITOIRE DU CLS		
	ANNÉE	EFFECTIF	TAUX	POSITION	TAUX FRANCE HEXAGONALE	TAUX DÉPARTEMENT	ANNÉE	TAUX VALEUR	TAUX ÉVOLUTION
C APPAREIL RESPIRATOIRE (suite)									
39. Décès par maladie respiratoire ¹ - ♂	2013-17	12	9,1	●	8,4	7,0	2003-07	9,2	=
40. Décès par maladie respiratoire ² - ♀	2013-17	8	3,5	●	4,4	4,0	2003-07	4,6	=
41. Personnes en ALD pour BPCO ³	2021	36	11,9	●	16,5	12,4	2012	8,1	=
42. Personnes en ALD pour asthme ³	2021	47	17,2	●	23,4	18,3	2012	16,1	=
43. Personnes ayant perçu au moins 3 remboursements d'antiasthmatiques dans l'année ⁴	2021	1301	487,1	●	496,9	494,5	2016	514,3	↘
C DIABÈTE									
44. Personnes en ALD pour diabète ¹ - ♂	2021	846	591,7	●	595,0	537,0	2012	446,1	↗↗
45. Personnes en ALD pour diabète ² - ♀	2021	711	437,7	●	398,2	381,5	2012	327,4	↗↗
46. Personnes admises dans l'année en ALD pour diabète ¹ - ♂	2019-21	66	47,0	●	43,6	42,3	2017-19	53,0	=
47. Personnes admises dans l'année en ALD pour diabète ² - ♀	2019-21	52	35,5	●	32,5	31,6	2017-19	36,4	=
C SANTÉ MENTALE									
48. Personnes en ALD pour affection psychiatrique ¹ - ♂	2021	195	162,9	●	239,8	208,5	2012	107,5	↗↗
49. Personnes en ALD pour affection psychiatrique ² - ♀	2021	295	221,0	●	265,2	240,3	2012	126,1	↗↗
50. Personnes admises dans l'année en ALD pour affection psychiatrique de longue durée ¹ - ♂	2019-21	21	19,7	●	18,1	18,5	2017-19	21,4	=
51. Personnes admises dans l'année en ALD pour affection psychiatrique de longue durée ² - ♀	2019-21	30	26,1	●	19,2	20,6	2017-19	23,2	=
52. Personnes traitées par psychotrope ⁵ - ♂	2020	1 020	799,1	●	841,4	884,4			
53. Personnes traitées par psychotrope ⁶ - ♀	2020	1 843	1 239,9	●	1 266,9	1 332,3			
54. Hospitalisations pour tentative de suicide (10 ans ou plus) ⁷	2021	15	7,2	●	11,8	9,0	2016	18,9	↘↘
55. Hospitalisations pour tentative de suicide (10 ans ou plus) - Ratio Hommes/Femmes	2021		ss		0,59	0,74	2016	0,61	
C AUTRE PATHOLOGIE									
56. Décès par causes externes (traumatisme, accident, suicide...) ³	2013-17	20	6,6	●	5,6	5,9	2003-07	8,3	=

ALD : Affection de longue durée

nd : non disponible - ss : secret statistique - nc : non calculable

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive - ♂ Hommes - ♀ Femmes

1 - taux standardisé pour 10 000 hommes / 2 - taux standardisé pour 10 000 femmes / 3 - taux standardisé pour 10 000 habitants / 4 - taux standardisé pour 10 000 consommateurs de soins / 5 - taux standardisé pour 10 000 consommateurs de soins (Hommes) / 6 - taux standardisés pour 10 000 consommateurs de soins (Femmes) / 7 - taux standardisé pour 10 000 consommateurs de soins de 10 ans ou plus

Note : pour les incidences ALD et les décès, l'effectif correspond au nombre annuel moyen de cas.

● TRÈS DÉFAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE / ● DÉFAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE / ● AUTOUR DE LA MOYENNE NATIONALE / ● FAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE / ● TRÈS FAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE

4 JUIN 2023

CLS Pays Loudunais

Accusé de réception en préfecture
086-248600447-20231205-CC_2023_12_254-DE
Date de télétransmission : 25/01/2024
Date de réception préfecture : 25/01/2024



OFFRE DE SOINS LIBÉRALE ET RECOURS AUX SOINS

Pouvoir disposer de données actualisées et fiables sur les professionnels de santé est devenu un enjeu important pour les collectivités, notamment pour anticiper certaines démarches qui pourraient permettre de maintenir ou développer une offre (aide à la création de maison de santé, développement de l'attractivité du territoire, recherche de logements ou locaux...).

La question de l'accès aux soins est cependant complexe et ne peut se limiter au dénombrement de professionnels sur un territoire, en partie en raison des multiples formes d'exercice qui peuvent exister. C'est dans ce sens que sont présentés les indicateurs liés à l'accessibilité potentielle localisée (APL) et les taux de recours aux professionnels de santé.

	TERRITOIRE DU CLS					TERRITOIRE DU CLS			
	ANNÉE	EFFECTIF	TAUX	POSITION	TAUX FRANCE HEXAGONALE	TAUX DÉPARTEMENT	ANNÉE	TAUX VALEUR	TAUX ÉVOLUTION
OFFRE DE SOINS LIBÉRALE									
57. Médecins généralistes (et densité) ¹	2022	13	5,3	●	8,4	9,5	2012	7,0	↘↘
58. Médecins de 60 ans ou plus (et %) ²	2022	5	38,5	●	31,9	29,7	2012	17,6	↗↗
59. APL aux médecins généralistes de moins de 65 ans (en consultations par an et par habitant)	2021		2,4	●	3,4*	4,1	2015	3,1	↘↘
60. Personnes vivant dans une commune dont l'APL aux médecins généralistes libéraux ou exerçant en centre de santé est inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant ³	2021	18 846	77,1	●	23,1*	9,9	2015	16,9	↗↗
61. Infirmiers (et densité) ¹	2022	32	13,1	●	15,1	10,2	2012	9,9	↗↗
62. Infirmiers de 60 ans ou plus (et %) ⁴	2022	4	12,5	●	7,9	8,1	2012	8,3	↗↗
63. APL aux infirmiers de moins de 65 ans (en ETP pour 10 000 habitants)	2021		94,3	●	156,1*	89,0	2016	81,1	↗↗
64. Masseurs-kinésithérapeutes (et densité) ¹	2022	7	2,9	●	11,5	7,3	2012	2,9	=
65. Masseurs-kinésithérapeutes de 60 ans ou plus (et %) ⁵	2022	1	14,3	●	8,9	11,2	2012	0,0	↗↗
66. APL aux masseurs-kinésithérapeutes de moins de 65 ans (en ETP pour 10 000 habitants)	2021		29,8	●	111,6*	68,8	2016	37,5	↘↘
67. Chirurgiens-dentistes (et densité) ¹	2022	4	1,6	●	5,4	4,0	2012	2,1	↘↘
68. Chirurgiens-dentistes de 60 ans ou plus (et %) ⁶	2022	0	0,0	●	19,7	21,5	2012	0,0	=
69. Ophtalmologistes (et densité) ^{1,7}	2022	0	0,0	●	0,7	0,4	2012	0,0	=
70. Gynécologues (et densité) ^{7,8}	2022	0	0,0	●	1,6	1,1	2012	0,0	=
71. Cardiologues (et densité) ^{1,7}	2022	1	0,4	●	0,8	0,7	2012	0,4	=
72. Psychiatres (et densité) ^{1,7}	2022	0	0,0	●	0,9	0,4	2012	0,4	↘↘
73. Dermatologues (et densité) ^{1,7}	2022	1	0,4	●	0,4	0,4	2012	0,4	=
74. Pédiatres (et densité) ^{7,9}	2022	0	0,0	●	2,3	2,1	2012	0,0	=
75. Sages-femmes (et densité) ¹⁰	2022	2	4,6	●	5,3	4,7	2012	0,0	↗↗
76. Orthophonistes (et densité) ¹	2022	6	2,5	●	3,2	1,8	2015	1,6	↗↗

* France entière

nd : non disponible - ss : secret statistique - nc : non calculable

APL : Accessibilité Potentielle Localisée - ETP : Équivalent Temps Plein

1 - pour 10 000 habitants - densité calculée sur l'ensemble de la population / 2 - pour 100 médecins généralistes / 3 - pour 100 habitants / 4 - pour 100 infirmiers / 5 - pour 100 masseurs-kinésithérapeutes / 6 - pour 100 chirurgiens-dentistes / 7 - cabinet principal / 8 - pour 10 000 femmes de 15 ans ou plus - densité calculée sur les femmes de 15 ans ou plus / 9 - pour 10 000 enfants de moins de 15 ans - densité calculée sur les moins de 15 ans / 10 - pour 10 000 femmes de 15 à 49 ans - densité calculée sur les femmes de 15 à 49 ans

● TRÈS DÉFAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE / ● DÉFAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE / ● AUTOUR DE LA MOYENNE NATIONALE / ● FAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE / ● TRÈS FAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE



OFFRE DE SOINS LIBÉRALE ET RECOURS AUX SOINS (SUITE)

	TERRITOIRE DU CLS						TERRITOIRE DU CLS		
	ANNÉE	EFFECTIF	TAUX	POSITION	TAUX FRANCE HEXAGONALE	TAUX DÉPARTEMENT	ANNÉE	TAUX VALEUR	TAUX ÉVOLUTION
RECOURS AUX SOINS									
77. Personnes de 16 ans ou plus sans médecin traitant déclaré ¹	2020	2 350	12,5	●	10,7	9,0	2015	8,8	↗↗
78. Bénéficiaires du RG de 16 ans ou plus sans recours aux soins au cours des 24 derniers mois ²	2021	1 264	7,7	●	8,9*	7,4	2018	4,2	↗↗
79. Bénéficiaires du RG de 16 ans ou plus n'ayant pas eu d'acte de généraliste sur les 24 derniers mois ²	2021	2 761	16,8	●	20,0*	15,9	2018	8,2	↗↗
80. Bénéficiaires du RG de 16 ans ou plus n'ayant pas eu d'acte réalisé par un dentiste sur les 24 derniers mois ²	2021	9 187	55,9	●	48,3*	53,0	2018	40,8	↗↗
81. Femmes bénéficiaires du RG de 20 à 64 ans n'ayant pas eu d'acte réalisé par un gynécologue sur les 24 derniers mois ³	2021	3 346	60,7	●	50,1*	53,6	2018	53,7	↗
82. Personnes de 16 ans ou plus ayant consulté un psychiatre dans l'année ¹	2021	165	82,7	●	301,5	143,9	2016	162,6	↘↘
83. Femmes de 50 à 74 ans ayant participé au dépistage organisé du cancer du sein ⁴	2018-19	2 190	54,4	●	55,0 (NA**)	55,1			
84. Personnes de 50 à 74 ans ayant participé au dépistage organisé du cancer du côlon-rectum ⁵	2018-19	1 812	28,6	●	30,7	33,4			
85. Passages aux urgences des habitants du territoire ⁶	2021	1 678	6,9	●	26,1 (NA**)	23,2			
86. Passages aux urgences des habitants du territoire âgés de 75 ans ou plus ⁷	2021	343	20,4	●	18,3 (NA**)	17,0			

* France entière / ** NA : Nouvelle-Aquitaine

nd : non disponible - ss : secret statistique - nc : non calculable

RG : Régime général

1 - pour 100 consommateurs de soins de 16 ans ou plus / 2 - pour 100 bénéficiaires du régime général de 16 ans ou plus / 3 - pour 100 femmes bénéficiaires du régime général âgées de 20 à 64 ans / 4 - pour 100 femmes invitées au dépistage organisé / 5 - pour 100 personnes invitées au dépistage organisé / 6 - pour 100 habitants / 7 - pour 100 passages aux urgences des habitants du territoire

● TRÈS DÉFAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE / ● DÉFAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE / ● AUTOUR DE LA MOYENNE NATIONALE / ● FAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE / ● TRÈS FAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE

6 JUIN 2023

CLS Pays Loudunais

Accusé de réception en préfecture
086-248600447-20231205-CC_2023_12_254-DE
Date de télétransmission : 25/01/2024
Date de réception préfecture : 25/01/2024



DÉTERMINANTS DE SANTÉ

Les déterminants de la santé désignent tous les facteurs qui influencent l'état de santé de la population, sans nécessairement être des causes directes de problèmes particuliers ou de maladies. Les déterminants de la santé sont associés à quatre champs : les caractéristiques individuelles, les milieux de vie, les systèmes administrés par l'État et ses partenaires (système éducatif, système de

santé, aménagement du territoire...) et le contexte global (politique, économique, social...). Compte tenu du caractère multidimensionnel de la santé des individus, il est important pour améliorer l'état de santé d'une population de collaborer avec des partenaires d'autres secteurs d'activités (éducation, emploi, alimentation, logement, transport, environnement, etc.) pour être en mesure d'agir sur celle-ci.

	TERRITOIRE DU CLS					TERRITOIRE DU CLS			
	ANNÉE	EFFECTIF	TAUX	POSITION	TAUX FRANCE HEXAGONALE	TAUX DÉPARTEMENT	ANNÉE	TAUX VALEUR	TAUX ÉVOLUTION
C REVENUS									
87. Médiane du revenu disponible par UC (en €)	2020	19 920		●	22 400	21 580	2016	18 362	↗
88. Foyers fiscaux non imposés ¹	2020	9 499	65,2	●	54,3	57,9	2012	58,2	↗
89. Taux de pauvreté (seuil à 60% du revenu médian)	2020		15,0	●	14,4	14,0	2016	16,0	↘
90. Allocataires du RSA ²	2021	518	4,7	●	5,9	6,1	2017	4,7	=
91. Allocataires de l'AAH ³	2021	381	3,0	●	3,1	2,5	2012	2,6	↗
92. Bénéficiaires du RG bénéficiant de la complémentaire santé solidaire (CSS) non participative ⁴	2022	1 258	6,3	●	8,8*	9,3	2018	5,8	↗
93. Allocataires d'une allocation logement (APL, ALS et ALF) ²	2021	1 645	14,9	●	20,1	23,4	2011	19,3	↘↘
94. Allocataires de l'ASF ⁵	2021	209	34,2	●	31,9	37,6	2011	38,0	↘
95. Population active occupée de 15-64 ans (et taux d'emploi) ⁶	2019	9 151	64,7	●	64,7	63,4	2008	63,7	=
96. Rapport ouvrier-cadre	2019		5,1	●	1,1	1,4	2008	5,4	↘
97. Salariés de 25-64 ans en emploi précaire ⁷⁻⁸	2019	1 718	25,5	●	27,5	29,7	2008	28,8	↘
C HABITAT									
98. Logements	2019	15 143					2008	13 421	↗
99. Logements vacants ⁹	2019	2 104	13,9	●	8,1	9,5	2008	11,0	↗↗
100. Résidences principales ⁹	2019	11 045	72,9	●	82,1	84,6	2008	79,5	↘
101. Résidences principales occupées par des propriétaires ⁹	2019	8 114	73,5	●	57,6	61,7	2008	73,6	=
102. Logements sociaux ¹⁰	2021	1 193	10,8	●	17,3	12,6	2016	9,9	↗
103. Résidences principales suroccupées ¹⁰⁻¹¹	2019		1,2	●	4,8*	2,0	2013	1,7	↘↘
104. Résidences principales construites avant 1946 ¹⁰	2019	4 742	42,9	●	21,7	23,9			
105. Ménages en précarité énergétique logement ²	2018	2 464	21,7	●	14,0	16,6			

* France entière / ** NA : Nouvelle-Aquitaine nd : non disponible - ss : secret statistique - nc : non calculable - // : évolution des effectifs non significative

UC : Unité de consommation - RSA : Revenu de solidarité active - AAH : Allocation aux adultes handicapés - RG : Régime général - APL : Aide personnalisée au logement - ALS : Allocation de logement sociale - ALF : Allocation de logement familiale - ASF : Allocation de soutien familial - CDI : Contrat à durée indéterminée
1 - pour 100 foyers fiscaux / 2 - pour 100 ménages / 3 - pour 100 personnes de 20 à 64 ans / 4 - pour 100 bénéficiaires du régime général / 5 - pour 100 familles avec enfant(s) de moins de 25 ans / 6 - pour 100 habitants de 15 à 64 ans / 7 - pour 100 salariés de 25 à 64 ans / 8 - emploi salarié autre que CDI à temps plein / 9 - pour 100 logements / 10 - pour 100 résidences principales / 11 - hors studio de 1 personne

● TRÈS DÉFAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE / ● DÉFAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE / ● AUTOUR DE LA MOYENNE NATIONALE / ● FAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE / ● TRÈS FAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE



DÉTERMINANTS DE SANTÉ (SUITE)

	TERRITOIRE DU CLS						TERRITOIRE DU CLS		
	ANNÉE	EFFECTIF	TAUX	POSITION	TAUX FRANCE HEXAGONALE	TAUX DÉPARTEMENT	ANNÉE	TAUX VALEUR	TAUX ÉVOLUTION
C MOBILITÉ - DÉPLACEMENTS									
106. Proportion d'actifs en emploi résidant à 30 minutes ou plus de leur lieu de travail ¹	2018		22,9	●	26,8*	17,8			
107. Actifs en emploi vivant et travaillant au sein de la même commune ¹	2019	2 989	33,2	●	33,7	34,3	2008	40,6	↘↘
108. Actifs en emploi vivant et travaillant au sein de la même commune et se déplaçant en voiture ²	2019	1 841	61,6	●	50,8	62,5	2008	58,5	↗
109. Ménages en précarité énergétique mobilité quotidienne en voiture ³	2018	2 198	19,4	●	13,8	17,7			
C ACTIVITÉ PHYSIQUE									
110. Licences sportives délivrées à des hommes de 5 à 19 ans ⁴	2019	1 293	61,7	●	73,2	78,1	2014	69,2	↘
111. Licences sportives délivrées à des femmes de 5 à 19 ans ⁵	2019	905	44,9	●	49,7	54,1	2014	46,9	=
112. Licences sportives délivrées à des hommes de 20 à 59 ans ⁶	2019	1 069	19,3	●	21,3	23,8	2014	19,9	=
113. Licences sportives délivrées à des femmes de 20 à 59 ans ⁷	2019	510	9,4	●	10,5	12,3	2014	9,1	=
114. Licences sportives délivrées à des hommes de 60 à 74 ans ⁸	2019	241	9,7	●	16,2	16,7	2014	9,7	=
115. Licences sportives délivrées à des femmes de 60 à 74 ans ⁹	2019	218	8,8	●	12,0	15,2	2014	8,7	=
C ENVIRONNEMENT									
116. Surface artificialisée (en km ²) ¹⁰	2020	53	6,2	●	8,9 (NA**)	8,2	2015	6,1	=
117. Surface des espaces naturels, agricoles et forestiers (en km ²) ¹⁰	2020	799	93,8	●	91,2 (NA**)	91,8	2015	93,9	=
118. Surface agricole utilisée (en km ²) ¹⁰ (SAU)	2020	617	72,7	●	49,2	67,4	2010	60,8	↗↗
119. Sites et sols pollués déclarés (et densité) ¹¹	2023	0	0,0	●	1,9	0,3			
120. Installations Classées pour la Protection de l'Environnement (ICPE) - élevage (et densité) ¹¹	2023	8	0,9	●	2,0	0,7			
121. Installations Classées pour la Protection de l'Environnement (ICPE) - industrie (et densité) ¹¹	2023	26	3,1	●	6,9	4,8			
122. Population exposée à un risque industriel ¹²	2018	1 106	4,5	●	26,4	4,3			

* France entière / ** NA : Nouvelle-Aquitaine

nd : non disponible - ss : secret statistique - nc : non calculable

1 - pour 100 actifs en emploi / 2 - pour 100 actifs en emploi vivant et travaillant sur la même commune / 3 - pour 100 ménages / 4 - pour 100 hommes de 5 à 19 ans / 5 - pour 100 femmes de 5 à 19 ans / 6 - pour 100 hommes de 20 à 59 ans / 7 - pour 100 femmes de 20 à 59 ans / 8 - pour 100 hommes de 60 à 74 ans / 9 - pour 100 femmes de 60 à 74 ans / 10 - part dans la superficie totale / 11 - nombre pour 100 km² / 12 - pour 100 habitants

● TRÈS DÉFAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE / ● DÉFAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE / ● AUTOUR DE LA MOYENNE NATIONALE / ● FAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE / ● TRÈS FAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE

8 JUIN 2023

CLS Pays Loudunais

Accusé de réception en préfecture
086-248600447-20231205-CC_2023_12_254-DE
Date de télétransmission : 25/01/2024
Date de réception préfecture : 25/01/2024



LES JEUNES

Si les enfants et les jeunes sont globalement en bonne santé et se perçoivent comme tel, les comportements qui s'installent à cette période, ainsi que les environnements physiques et sociaux dans lesquels ils se développent, conditionnent leur avenir en matière de santé. Les choix liés à leur vie professionnelle, l'entrée dans la

vie active, les problématiques liées aux ressources financières, sont autant d'éléments qui peuvent être complexes à gérer pour les jeunes adultes et qui sont parfois pour eux prioritaires aux enjeux de santé et de promotion de la santé.

	TERRITOIRE DU CLS						TERRITOIRE DU CLS		
	ANNÉE	EFFECTIF	TAUX	POSITION	TAUX FRANCE HEXAGONALE	TAUX DÉPARTEMENT	ANNÉE	TAUX VALEUR	TAUX EVOLUTION
123. Enfants âgés de 0 à 5 ans ¹	2019	1 395	5,7	●	6,8	6,1	2008	6,5	↘
124. Jeunes âgés de 6 à 17 ans ¹	2019	3 481	14,2	●	14,7	14,0	2008	13,7	=
125. Jeunes âgés de 18 à 24 ans ¹	2019	1 269	5,2	●	8,0	9,7	2008	6,1	↘
126. Jeunes de 15-24 ans vivant seuls ²	2019	128	5,9	●	13,2	24,2	2008	6,2	↘
127. Jeunes percevant l'AEEH ³	2021	93	1,7	●	2,4	1,6	2012	1,8	=
128. Jeunes de 6-16 ans non scolarisés ⁴	2019	64	2,0	●	2,3	2,1	2008	0,9	↗
129. Jeunes de 15 à 24 ans non insérés ²	2019	397	18,2	●	15,9	14,0	2008	16,0	↗
130. Salariés de 15-24 ans en emploi précaire ⁵	2019	448	60,1	●	63,9	67,8	2008	56,8	↗
131. Jeunes de 16-24 ans du RG bénéficiant de la CSS non participative ⁶	2022	154	7,4	●	11,1*	12,3	2018	7,8	↘
132. Jeunes adultes de 25-34 ans sortis du système scolaire avec pas ou peu de diplôme ⁷	2019	380	16,6	●	12,4	11,0	2008	19,2	↘
133. Jeunes adultes de 25-34 ans sortis du système scolaire diplômés du supérieur (bac+2 ou plus) ⁷	2019	523	22,9	●	46,6	43,0	2008	23,4	=
134. Taux de pauvreté des moins de 30 ans ⁸	2020		20,0	●	22,4	27,0	2016	17,9	↗
SANTÉ ET RECOURS AUX SOINS									
135. Jeunes de 15-24 ans en ALD ⁹	2020	124	519,9	●	457,6	406,6	2015	399,6	↗
136. Jeunes de 16-24 ans du RG sans recours aux soins au cours des 24 derniers mois ⁶	2021	189	9,5	●	10,9*	9,8	2018	5,7	↗
137. Jeunes de 16-24 ans du RG n'ayant pas eu de consultations de médecins généralistes au cours des 24 derniers mois ⁶	2021	449	22,5	●	25,8*	20,9	2018	10,4	↗
138. Jeunes de 16-24 ans du RG n'ayant pas eu de consultations de dentistes au cours des 24 derniers mois ⁶	2021	1 130	56,6	●	49,8*	54,7	2018	39,8	↗
139. Femmes de 20-24 ans du RG n'ayant pas eu de consultations de gynécologues au cours des 24 derniers mois ¹⁰	2021	329	63,8	●	50,5 (NA**)	53,9	2018	47,6	↗
140. Jeunes de 15-24 ans en ALD pour affection psychiatrique de longue durée ¹¹	2021	39	181,1	●	129,5	105,3	2012	87,6	↗
141. Jeunes de 15-24 ans traités par psychotrope ⁹	2020	61	260,9	●	236,7	257,7	2015	180,0	↗

* France entière / ** NA : Nouvelle-Aquitaine

nd : non disponible - ss : secret statistique - nc : non calculable

AEEH : allocation d'éducation de l'enfant handicapé - **RG** : régime général - **CSS** : complémentaire santé solidaire - **ALD** : affection de longue durée

1 - pour 100 habitants / **2** - pour 100 jeunes de 15 à 24 ans / **3** - pour 100 jeunes de moins de 20 ans / **4** - pour 100 jeunes de 6 à 16 ans / **5** - pour 100 salariés de 15 à 24 ans / **6** - pour 100 bénéficiaires du régime général de 16 à 24 ans / **7** - pour 100 jeunes de 25 à 34 ans sortis du système scolaire / **8** - seuil à 60% du revenu médian / **9** - taux standardisé pour 10 000 consommateurs de soins âgés de 15 à 24 ans / **10** - pour 100 femmes bénéficiaires du régime général de 20 à 24 ans / **11** - taux standardisé pour 10 000 habitants âgés de 15 à 24 ans

● TRÈS DÉFAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE / ● DÉFAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE / ● AUTOUR DE LA MOYENNE NATIONALE / ● FAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE / ● TRÈS FAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE



LES PERSONNES ÂGÉES

Le vieillissement massif de la population dans les prochaines années constitue un enjeu majeur social et de santé publique. Les collectivités locales sont d'autant plus concernées qu'elles mettent en place des politiques de bien vieillir au sein de leur

commune avec le développement de services et activités spécifiques (restauration, ateliers, hébergement...). Elles doivent ainsi être en mesure de suivre les caractéristiques de leur population âgée pour adapter leurs services locaux.

	TERRITOIRE DU CLS						TERRITOIRE DU CLS		
	ANNÉE	EFFECTIF	TAUX	POSITION	TAUX FRANCE HEXAGONALE	TAUX DÉPARTEMENT	ANNÉE	TAUX VALEUR	TAUX ÉVOLUTION
142. Personnes âgées de 60 à 74 ans ¹	2019	4 969	20,3	●	16,7	17,6	2008	16,2	↗↗
143. Personnes âgées de 75 ans ou plus ¹	2019	3 222	13,2	●	9,5	10,8	2008	12,6	=
144. Indice de grand vieillissement ²	2019		52,2	●	44,6	50,7	2008	46,0	↗
145. Personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules à domicile ³	2019	1 142	35,5	●	38,5	37,2	2008	34,5	=
146. Séniors de l'interrégime de 55 ans ou plus bénéficiant de la CSS non participative ⁴	2021	229	2,4	●	3,3*	2,8	2018	2,0	↗↗
147. Retraités de 60 ans ou plus de l'interrégime exonérés de la CSG ⁵	2021	1 700	27,2	●	23,9 (NA**)	22,5	2015	28,1	=
C SANTÉ ET RECOURS AUX SOINS									
148. Séniors de 65 ans ou plus du RG n'ayant pas eu de consultations de médecins généralistes au cours des 24 derniers mois ⁶	2021	421	9,1	●	10,5*	8,0	2018	4,7	↗↗
149. Séniors de 65 ans ou plus du RG n'ayant pas eu de consultations de dentistes au cours des 24 derniers mois ⁶	2021	2 622	56,9	●	51,0*	52,6	2018	41,4	↗↗
150. Séniors de 65 ans ou plus du RG n'ayant pas eu d'acte de vaccination anti-grippale sur les 24 derniers mois ⁶	2021	1 665	36,1	●	33,9*	30,5	2018	52,0	↘↘
151. Personnes de 65 ans ou plus en ALD ⁷	2020	3 211	5 224,9	●	5 262,4	4 865,2	2015	4 620,6	↗
152. Personnes de 65 ans ou plus admises dans l'année en ALD ⁸	2019-21	386	626,5	●	604,5	586,6	2017-19	777,4	↘↘
153. Personnes de 65 ans ou plus en ALD pour maladie d'Alzheimer ⁸	2021	175	265,8	●	310,9	248,1	2012	235,7	=

* France entière / ** NA : Nouvelle-Aquitaine

nd : non disponible - ss : secret statistique - nc : non calculable

CSS : complémentaire santé solidaire - CSG : contribution sociale généralisée RG : régime général - ALD : affection de longue durée

1 - pour 100 habitants / 2 - nombre de personnes de 80 ans ou plus pour 100 personnes de 65-79 ans / 3 - pour 100 personnes âgées de 75 ans ou plus / 4 - pour 100 assurés de l'interrégime de 55 ans ou plus / 5 - pour 100 assurés de l'interrégime de 60 ans ou plus / 6 - pour 100 bénéficiaires du régime général de 65 ans ou plus / 7 - taux standardisé pour 10 000 consommateurs de soins âgés de 65 ans ou plus / 8 - taux standardisé pour 10 000 habitants de 65 ans ou plus

● TRÈS DÉFAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE / ● DÉFAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE / ● AUTOUR DE LA MOYENNE NATIONALE / ● FAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE / ● TRÈS FAVORABLE PAR RAPPORT À LA MOYENNE NATIONALE

10 JUIN 2023

CLS Pays Loudunais

Accusé de réception en préfecture
086-248600447-20231205-CC_2023_12_254-DE
Date de télétransmission : 25/01/2024
Date de réception préfecture : 25/01/2024



PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES

Les tableaux permettent d'indiquer les données du territoire concerné par la fiche avec, pour chaque indicateur, l'année de la donnée (la plus récente disponible au moment de l'élaboration des fiches), le nombre et le taux du territoire et la position du territoire par rapport au taux de la France hexagonale (ou de la région Nouvelle-Aquitaine si la référence nationale n'est pas disponible) (cf. méthode ci-dessous). Sont ensuite présentés les taux de la France hexagonale et du département pour l'année considérée. Enfin, les trois dernières colonnes présentent des données plus anciennes du territoire considéré pour voir les évolutions sur chaque indicateur. Il est ainsi précisé l'année de la donnée, le taux observé sur le territoire et l'évolution des taux du territoire entre les deux périodes.

Pour les indicateurs de santé, les taux sont standardisés selon l'âge (population de référence : France entière au RP 2014).

Position du territoire :

La position du territoire est calculée à partir du taux et est établie en 5 classes pour tous les indicateurs. Cette position est définie de sorte que le taux le plus favorable (ou la situation demandant moins d'accompagnement spécifique) soit en vert (exemple : le taux de bénéficiaires pris en charge en ALD le plus faible sera en vert, de même que la densité de médecins généralistes la plus élevée sera en vert).

La position est établie par rapport à la moyenne de la France hexagonale. Lorsque la donnée "France hexagonale" n'est pas disponible, elle est remplacée par la donnée "France entière", ou, à défaut, la donnée régionale. La position du territoire est alors calculée par rapport à la donnée disponible (France entière ou Région).

Les 5 classes sont définies par rapport à l'écart à la moyenne nationale :

- Très défavorable par rapport à la moyenne nationale (- 20 % et en-deçà OU + 20 % et au-delà)
- Défavorable par rapport à la moyenne nationale (compris entre - 20 % et - 10 % OU + 10 % et + 20 %)
- Autour de la moyenne nationale (compris entre - 10 % et + 10 %) ou différence non significative
- Favorable par rapport à la moyenne nationale (compris entre + 10 % et + 20 % OU - 20 % et - 10 %)
- Très favorable par rapport à la moyenne nationale (+ 20 % et au-delà OU - 20 % et en-deçà)

Pour les indicateurs d'état de santé (taux standardisés), les territoires avec un taux sans différence significative avec la moyenne nationale sont classés dans la catégorie « Autour de la moyenne nationale ». Pour des raisons de secret statistique ou de fiabilité, certaines données de santé se rapportant à des effectifs cumulés inférieurs à 11 ne sont pas présentées (ss : *secret statistique*).

Les données non disponibles sont notées « nd ».

Évolution du taux :

La dernière colonne des tableaux présente l'évolution du taux de chaque indicateur pour le territoire entre les deux périodes présentées dans le tableau. Le taux d'évolution a été calculé à partir des taux et 5 classes ont ensuite été établies :

- ↘ : tendance à la baisse (taux d'évolution inférieur à - 15 %)
- ↘ : tendance légèrement à la baisse (taux d'évolution compris entre - 15 % et - 5 %)
- = : pas de différence entre les 2 périodes (taux d'évolution compris entre - 5 % et + 5 %)
- ↗ : tendance légèrement à la hausse (taux d'évolution compris entre 5 % et 15 %)
- ↗ : tendance à la hausse (taux d'évolution supérieur à 15 %)

Pour les indicateurs de morbidité et de mortalité, un test statistique a été réalisé pour savoir si le taux standardisé sur l'âge de deux périodes différentes a évolué significativement. Les territoires avec un taux sans différence significative sont classés dans la catégorie « pas de différence entre les 2 périodes ».

Par ailleurs, pour accompagner la lecture des taux d'évolution, un code couleur a été affecté sur les symboles pour indiquer si le sens de l'évolution est jugé favorable (vert) ou défavorable (rouge) au regard des enjeux de prises en charge ou d'état de santé de la population.

SOURCES DES DONNÉES PRÉSENTÉES

1-4 : Insee (RP) / 5-7 : Observatoire des territoires / 8-9 : Insee (RP) / 10 : SNDS (interrégimes) - Cartographie des pathologies Version G9 / 11 : Cnamts, CCMSA, Insee (RP) / 12-16 : Inserm-CépiDc, Insee (RP) / 17-20 : Cnamts, CCMSA, Insee (RP) / 21-26 : Inserm-CépiDc, Insee (RP) / 27-30 : Cnamts, CCMSA, Insee (RP) / 31-34 : Inserm-CépiDc, Insee (RP) / 35-38 : Cnamts, CCMSA, Insee (RP) / 39-40 : Inserm-CépiDc, Insee (RP) / 41-42 : Cnamts, CCMSA, Insee (RP) / 43 : SNDS (DCIR, interrégimes) / 44-51 : Cnamts, CCMSA, Insee (RP) / 52-53 : SNDS (interrégimes) - Cartographie des pathologies Version G9 / 54-55 : SNDS (PMSI) / 56 : Inserm-CépiDc, Insee (RP) / 57 : ARS-Cartosanté, Insee (RP) / 58 : ARS-Cartosanté / 59-60 : Drees, Insee (RP) / 61 : ARS-Cartosanté, Insee (RP) / 62 : ARS-Cartosanté / 63 : Drees, Insee (RP) / 64 : ARS-Cartosanté, Insee (RP) / 65 : ARS-Cartosanté / 66 : Drees, Insee (RP) / 67 : ARS-Cartosanté, Insee (RP) / 68 : ARS-Cartosanté / 69-76 : ARS-Cartosanté, Insee (RP) / 77 : SNDS (interrégimes) - Cartographie des pathologies Version G9 / 78-81 : Observatoire régional des situations de fragilité du Grand Sud / 82 : SNDS (DCIR, interrégimes) / 83-84 : CRCDc NA / 85 : ORU NA, Insee (RP) / 86 : ORU NA / 87 : Insee (Filosofi) / 88 : Ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFIP / 89 : Insee (Filosofi) / 90 : CNAF, CCMSA / 91 : CNAF, CCMSA, Insee (RP) / 92 : Observatoire régional des situations de fragilité Grand Sud / 93 : CNAF, CCMSA / 94 : CNAF, CCMSA, Insee (RP) / 95-100 : Insee (RP) / 101 : Observatoire des territoires / 102 : DREAL (SDES-RPLS) / 103 : Insee (RP), Statistiques locales / 104 : Insee (RP) / 105 : ONPE, Insee (RP) / 106 : Observatoire des territoires / 107-108 : Insee (RP) / 109 : ONPE, Insee (RP) / 110-115 : Ministère de la Ville, de la Jeunesse et des Sports, Insee (RP) / 116-117 : NAFU / 118 : Agreste / 119-121 : GéoRisques / 122 : GéoRisques, Insee (RP) / 123-126 : Insee (RP) / 127 : CNAF, CCMSA, Insee (RP) / 128-130 : Insee (RP) / 131 : Observatoire régional des situations de fragilité Grand Sud / 132-133 : Insee (RP) / 134 : Insee (Filosofi) / 135 : SNDS (interrégimes) - Cartographie des pathologies Version G9 / 136-139 : Observatoire régional des situations de fragilité Grand Sud / 140 : Cnamts, CCMSA, Insee (RP) / 141 : SNDS (interrégimes) - Cartographie des pathologies Version G9 / 142-145 : Insee (RP) / 146-150 : Observatoire régional des situations de fragilité Grand Sud / 151 : SNDS (interrégimes) - Cartographie des pathologies Version G9 / 152-153 : Cnamts, CCMSA, Insee (RP).



Observatoire régional de la santé de Nouvelle-Aquitaine

58 rue Abbé de l'Épée - 33000 BORDEAUX

Courriel : contact@ors-na.org / Site : www.ors-na.org

Retrouvez les indicateurs territorialisés sur la santé et ses déterminants sur le site de cartographie interactive de l'ORS Nouvelle-Aquitaine : <https://www.ors-na.org/donnees-cartographies-dynamiques/>

**Ce document a été réalisé avec le soutien financier
de l'ARS Nouvelle-Aquitaine**



12 JUIN 2023

Version du 19/10/2023

Accusé de réception en préfecture
086-248600447-20231205-CC_2023_12_254-DE
Date de télétransmission : 25/01/2024
Date de réception préfecture : 25/01/2024