



**PRÉFET  
DE LA  
CHARENTE-  
MARITIME**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

## Le Contrat Local de Santé de Haute-Saintonge

2022-2026



## *EDITO*

Le contrat local de santé ici présenté est la première édition en Haute-Saintonge. La démarche mise en place pour son élaboration a demandé la mobilisation de nombreux acteurs du territoire de la Communauté de communes de la Haute-Saintonge (CCHS) et de Charente-Maritime, que je souhaiterais remercier ici.

Elus, agents de services publics et d'administrations, professionnels de santé, associations... Ce sont plus de 90 personnes qui se sont ainsi engagées, et nous comptons sur chacun d'entre eux pour poursuivre ce travail avec la mise en œuvre des actions qui seront, dans une prochaine étape, définies ensemble.

Santé, environnement, bien-être, sont les mots-clés de ce territoire qui a en outre la chance de disposer d'un Centre Hospitalier de haut niveau, au service de son bassin de vie.

La qualité de vie de la Haute-Saintonge en fait une destination privilégiée pour les ménages qui cherchent, après les difficultés des mois passés dans un contexte de crise sanitaire, un territoire moins urbain mais accessible depuis leur lieu de travail.

Le Contrat Local de Santé de Haute-Saintonge est un nouvel outil pour anticiper les nouveaux besoins, optimiser l'offre de soin et développer la prévention en matière de santé.

**Claude BELOT,**

Président  
Communauté de communes de Haute-Saintonge

## SOMMAIRE

EDITO .....	2
A. Le cadre réglementaire .....	4
1. Les textes légaux .....	4
2. La gouvernance .....	5
3. Le territoire du Contrat Local de Santé de Haute-Saintonge .....	6
B. La démarche-projet .....	8
1. Les partenaires et opérateurs .....	8
2. Les réunions infra-territoriales .....	8
3. Les ateliers .....	8
4. Les entretiens qualitatifs .....	8
5. La concertation des usagers/patients/citoyens .....	8
C. Les orientations stratégiques 2021-2025 .....	9
Le bilan santé - synthèse .....	9
Les orientations stratégiques .....	10
Orientation 1 - Faciliter l'accès aux soins .....	10
Objectifs .....	10
Orientation 2 - Repérer et accompagner les jeunes en difficultés .....	11
Objectifs .....	11
Orientation 3 - Favoriser l'accès à la prévention et la promotion de la santé .....	11
Objectifs .....	11
Orientation 4 - Le bien-être des personnes à domicile en perte d'autonomie .....	11
Objectifs .....	11
Orientation 5 - La nutrition, enjeu de santé publique nationale .....	11
Objectifs .....	11
Orientation 6 - La prévention des impacts santé .....	11
Objectifs .....	11
D. Les moyens de communication .....	12
E. Engagements réciproques des partenaires du contrat .....	12
F. Suivi et évaluation du contrat .....	12
G. Durée et révision du contrat .....	12
H. Signatures .....	12
I. Annexes .....	13
Annexe1 - La liste des partenaires et opérateurs (non exhaustive) .....	14
Annexe2 - Les programmes de travail .....	15
Annexe 3 - Synthèse des réunions des territoires infra .....	19
Annexe 4 - Diagnostic chiffré .....	33

## A. Le cadre réglementaire

Le présent contrat est conclu entre :

**L'Agence Régionale de Santé, dûment représentée par son Directeur général, Benoît ELLEBOODE,**

**L'Etat représenté par Madame la Sous-Préfète de l'arrondissement de Jonzac, Estelle LEPRETRE ,**

**La Communauté de communes de la Haute-Saintonge, représentée par son Président, Claude BELOT,**

Vu le code de la Santé publique et notamment des articles L1311-7, L1432-2, L1434-2, L1434-10, L1435-1, R1434-9, R1434-11, et R1435-16 ;

Vu la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, et plus précisément son article 158 ;

Vu le décret n°2016-1024 du 26 juillet 2016 relatif aux territoires de démocratie sanitaire aux zones des schémas régionaux de santé et aux conseil territoriaux de santé ;

Vu l'arrêté du 17 juillet 2018 signé par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé relatif à l'adoption du projet régional de santé ;

Vu la lettre d'engagement du 2 janvier 2020 signée par Directeur général en exercice de l'Agence Régionale de la Santé, le Préfet en exercice et Monsieur et de Monsieur Claude BELOT, Président de la Communauté de communes ;

Vu la délibération du Conseil communautaire du 10 juillet 2019, décidant d'inscrire le territoire de la Haute-Saintonge dans une démarche de projet de Contrat Local de Santé ;

Vu la délibération du Conseil communautaire du 15 avril 2022, approuvant le projet de Contrat local de santé.

### 1. Les textes légaux

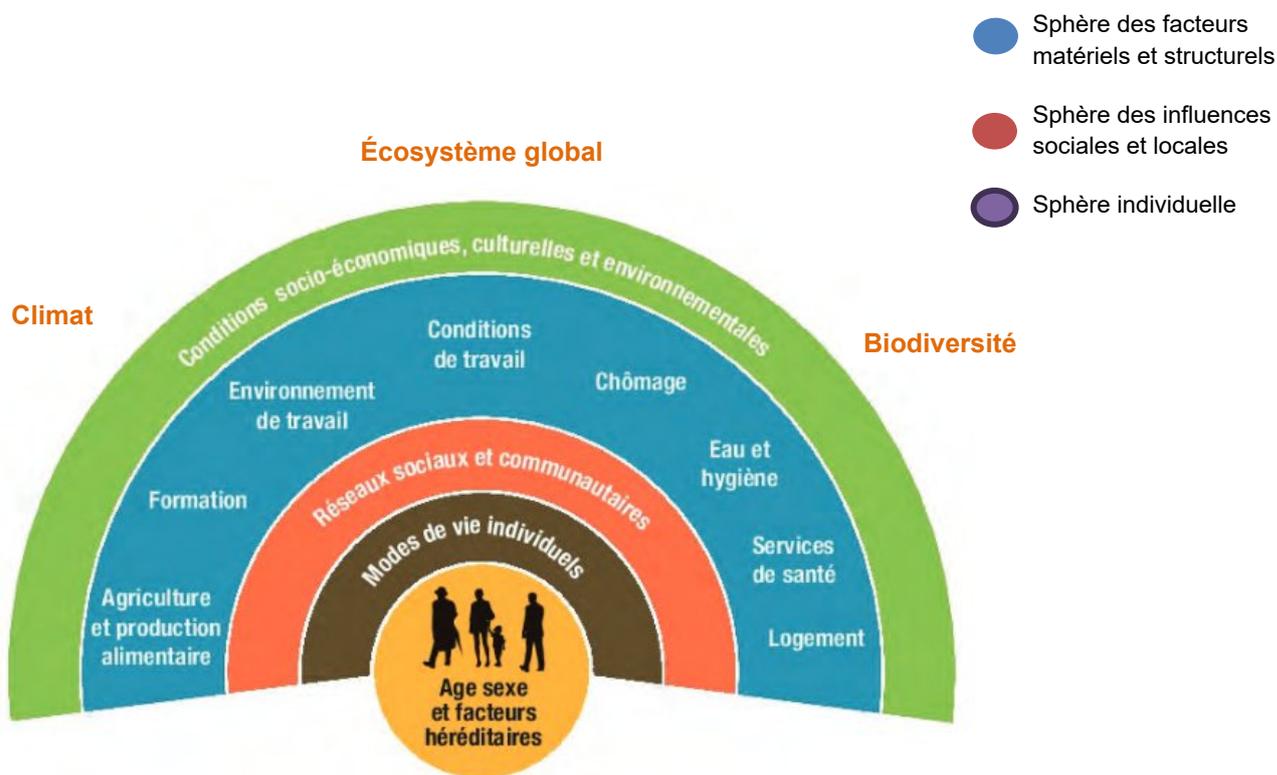
D'un point de vue réglementaire, les Contrats locaux de santé font l'objet de dispositions dans le cadre de la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et reprises dans le Code de la santé publique. L'article L.1434-17 du Code de la santé publique précise que "la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social".

Il s'agit d'une démarche-projet contractuelle, associant les acteurs d'un territoire pour appréhender les enjeux de la santé et mettre en place des actions concertées.

La 10 juillet 2019, la Communauté de communes de Haute-Saintonge décidait de s'inscrire dans cette démarche-projet, permettant ainsi au Président, Claude BELOT de signer, le 2 juillet 2020, la lettre d'engagement conjointe avec Monsieur le Préfet de de Charente-Maritime et Monsieur le Directeur Général de l'ARS de Nouvelle-Aquitaine.

Le CLS est défini par les textes légaux comme la dimension intersectorielle et locale de la politique régionale de santé. A ce titre il doit adhérer aux objectifs inscrits dans le Projet Régional de Santé (PRS) de Nouvelle-Aquitaine dans l'objectif de réduire les inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé.

Il répond également à la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : **la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.**



## 2. La gouvernance

- Le Comité de pilotage

Le comité de pilotage définit les orientations prioritaires du CLS, et valide le plan d'actions associées. Sous la présidence conjointe du Président de la Communauté de communes et du représentant de l'Etat, il est réuni au moins une fois par an pour le suivi de la progression de la démarche et pour l'évaluation des actions mises en œuvre. Il peut à cette occasion décider d'ajustements stratégiques afin de mieux répondre aux enjeux locaux de santé, ou d'adapter le contrat à d'éventuelles évolutions contextuelles.

Il a été réuni, pour cette première étape du contrat local de santé, le 12 mai 2021 afin de valider le diagnostic quantitatif, puis le 4 avril 2022 pour la validation du diagnostic global et la définition des axes prioritaires d'actions pour la période 2021-2025.

Il est composé de représentants de l'ensemble des partenaires de cette démarche à savoir :

- la Communauté de communes de la CDCHS
- l'ARS - délégation départementale de Charente-Maritime
- la Sous-Préfecture de l'arrondissement de Jonzac
- le Conseil départemental de Charente-Maritime
- le Centre hospitalier de Jonzac
- la CPAM – Charente-Maritime
- la CAF de Charente-Maritime
- la MSA des deux Charentes
- l'Éducation Nationale

- Le Comité technique

Le comité technique garantit le respect des orientations fixées par le Comité de pilotage dans la mise en œuvre de la démarche. Il assure le suivi du Contrat local de santé dans chacune de ses phases, depuis son élaboration jusqu'à l'évaluation des actions. Ses membres sont invités pour cela à participer à l'ensemble des travaux.

Le comité technique est présidé par le/la représentant/e du Président de la Communauté de communes de Haute-Saintonge, et est réuni au moins deux fois par an, physiquement ou virtuellement. Il peut être également sollicité à distance (messagerie, courrier...).

Il est composé, outre la Communauté de communes qui en assure l'animation, de représentants de :

- l'ARS - délégation départementale
- la direction du centre hospitalier de Jonzac
- le Conseil départemental de Charente-Maritime - délégation territoriale
- villes chefs-lieux de canton, investis dans le milieu de la santé.

Le comité technique a été réuni à chaque étape d'élaboration du diagnostic et de la définition des orientations stratégiques.

- La coordination des travaux

La coordination est assurée par un agent de la Communauté de communes. Il s'agit de piloter techniquement la démarche-projet, d'organiser et d'animer les ateliers et de préparer les réunions des instances de pilotage, notamment en rendant compte des travaux.

La communication, qu'elle soit spécialisée ou tout public, est également organisée et mise en œuvre par l'agent chargée de la coordination.

### **3. Le territoire du Contrat Local de Santé de Haute-Saintonge**

La Haute Saintonge est un territoire vaste de 129 communes sur 174 000 hectares, entre la Saintonge et le Bordelais. Il jouxte trois départements, la Charente, la Dordogne et la Gironde.

L'évolution positive de sa démographie (+ 8000 habitants depuis 1999) est liée au solde migratoire, avec des ménages venant de la métropole bordelaise et des autres bassins de vie proches.

Le Schéma de Cohérence Territoriale (SCoT), adopté par les élus de la Communauté de communes, fait apparaître 6 bassins de vie, dont le plus au sud constitue une partie du bassin de vie situé sur le département voisin : celui de la Roche-Chalais au sein de la communauté de communes du Pays de Saint-Aulnaye (cf carte 1 ci-après).

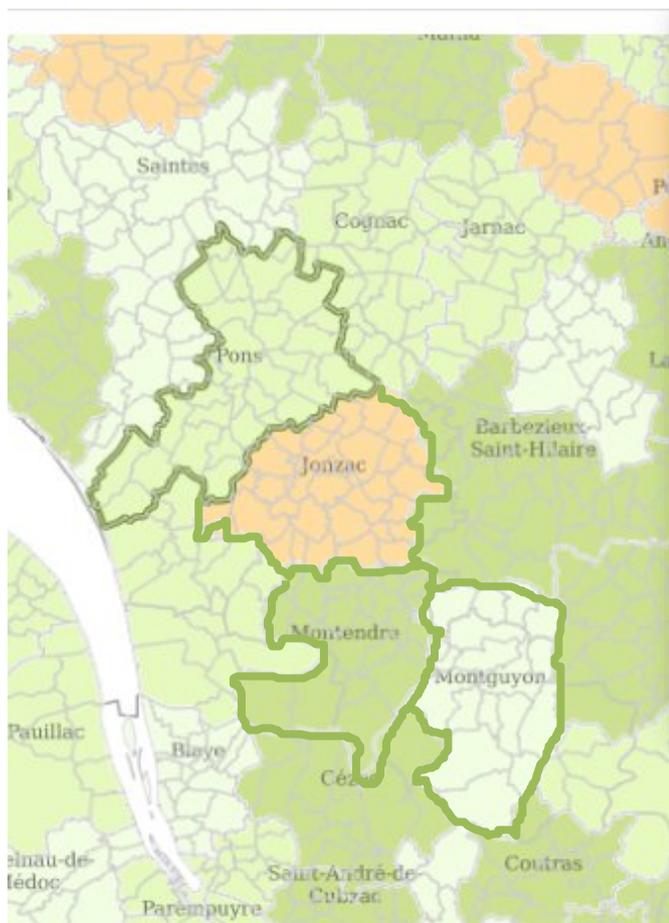
Les territoires ainsi définis, ne correspondent pas exactement aux territoires de vie santé de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, lesquels dépassent les limites administratives intercommunales non seulement au sud, mais également au nord, à l'est et à l'ouest (cf page suivante carte 2, source Rezone).

Afin d'avoir une approche cohérente des différents besoins en matière d'équipements et de services, le Contrat local de Santé de la Haute-Saintonge s'appuie sur les limites administratives de la Communauté de communes et sur les limites géographiques des infra-territoires définis par le SCoT. Des actions hors zones pourront toutefois être conduites dans le cadre de partenariats avec les territoires voisins et en cohérence avec leurs propres contrats locaux de santé.



Carte 1 - Territoires SCoT- 2021

Carte 2 - Territoires de vie santé - 2021



- aucun omni praticien
- Densité\* patient/omni. : --
- Densité\* patient/omni. : -
- Densité\* patient/omni. : +
- Densité\* patient/omni. : ++
- de 1 à 10 omni. dans le TVS
- de 11 à 30 omni. dans le TVS
- de 31 à 70 omni. dans le TVS
- plus de 70 omni. dans le TVS
- ▬ Frontières des TVS
- ▬ TVS actif

\* Densité : Nombre de patients (sur la période et dans le TVS) divisé par le nombre d'omni praticiens (sur la même période et dans le même TVS).

Remarque : Les densités des TVS de la région sont réparties statistiquement selon la méthode des quantiles (quartiles : --, -, +, ++).

## **B. La démarche-projet**

L'élaboration du Contrat Local de Santé repose sur la mobilisation coordonnée d'acteurs partenaires pour établir un plan d'actions, les mettre en œuvre et évaluer leurs impacts.

### **1. Les partenaires et opérateurs**

Le comité de pilotage, dans sa composition élargie telle que définie dans l'article A.2 , regroupe les partenaires institutionnels de la démarche.

Pour les travaux du Contrat Local de Santé, en réunions territoriales ou en ateliers thématiques, d'autres partenaires, des opérationnels, se sont joints à eux (annexe 3). Ce réseau de partenaires dont les connaissances techniques et la mobilisation sont indispensables à la réussite du processus, pourra être complété pour travailler sur de nouveaux enjeux, et l'émergence de nouvelles solutions .

### **2. Les réunions infra-territoriales**

Après l'élaboration d'un premier diagnostic chiffré, présenté au comité technique puis au comité de pilotage le 12 mai 2021, des réunions ont été organisées entre mai et juillet 2021 dans chacun des cinq territoires identifiés par le SCoT (carte 1, page précédente).

Ont été invités dans le cadre de ces réunions, l'ensemble des partenaires institutionnels et opérationnels cités en annexe 1. Au final, ce sont 70 personnes qui ont participé à ce processus dont l'objectif était d'obtenir un diagnostic partagé. Le relevé de conclusions est annexé au présent contrat (annexe 3).

### **3. Les ateliers**

Les enjeux prioritaires ont été plus précisément définis dans le cadre de 3 ateliers thématiques, issus des conclusions des réunions infra-territoriales, et déclinés en 12 groupes de travail. Ces ateliers ont réunis 68 participants.

D'autres seront organisés, en fonction des orientations validées par le comité de pilotage, afin de définir les fiches-actions qui devront par la suite être soumises à ce dernier.

Les ateliers permettront également d'ajuster les dispositifs mis en place, en fonction de l'évolution de la situation. Ces rendez-vous qui jalonnent la période couverte par cette première édition du Contrat Local de Santé de la Haute-Saintonge seront l'occasion d'échanges et de retours d'expériences.

Les conclusions des ateliers seront présentées au comité de pilotage annuel.

### **4. Les entretiens qualitatifs**

Afin de creuser certains éléments qui ont pu être mis en exergue lors des réunions ou ateliers, des entretiens ont eu lieu avec certains opérateurs concernés. Ce sont ainsi plus d'une vingtaine de rencontres organisées pour approfondir la réflexion.

D'autres entretiens pourront avoir lieu dès lors que des éléments feront défaut pour la bonne appréhension de l'enjeu ou la bonne mise en œuvre des fiches-actions.

### **5. La concertation des usagers/patients/citoyens**

La Communauté de communes étant dotée d'un Conseil de développement, composé d'acteurs/citoyens du territoire, il a été choisi d'associer ses 30 membres à la démarche-projet. Ils ont été invités tant aux réunions

dans les territoires qu'aux ateliers thématiques, et ont ainsi pu faire entendre leurs voix dans ce processus participatif.

## C. Les orientations stratégiques 2021-2025

### Le bilan santé - synthèse

La santé est un critère de qualité de vie. La Haute-Saintonge affichant une croissance régulière de sa population, il convient d'être vigilant pour satisfaire les besoins en santé et prévention.

Les comparatifs avec les territoires de référence positionnent globalement favorablement le territoire, même si on note un taux de mortalité générale légèrement supérieur chez les hommes par rapport aux territoires de référence (département, région, pays).

Les principales causes de mortalité, tous âges et sexes confondus, sont les maladies de l'appareil circulatoire - ou maladies cardiovasculaires (29,3 % des décès), suivies par les tumeurs malignes (26,9 %) qui représentent à elles seules plus de la moitié des décès enregistrés sur la Haute-Saintonge (taux équivalent à celui de la France).

La consommation de médicaments y est équivalente à celle des territoires de référence et la prévalence des affections longues durées y est significativement inférieure à celle du territoire national (y compris la prévalence des cancers). C'est également le cas pour la prévalence concernant le diabète, la maladie d'Alzheimer, la bronchite pulmonaire chronique obstructive et l'asthme.

Les difficultés se situent au niveau des effectifs des professionnels de santé, avec un manque de médecins et de spécialistes.

La densité de médecins généralistes (MG) sur le territoire est inférieure aux valeurs de référence (source Rezone - CPAM) : 87 MG pour 100 000 habitants versus 104 en Charente-Maritime, 97 en N-A et 89 en France hexagonale.

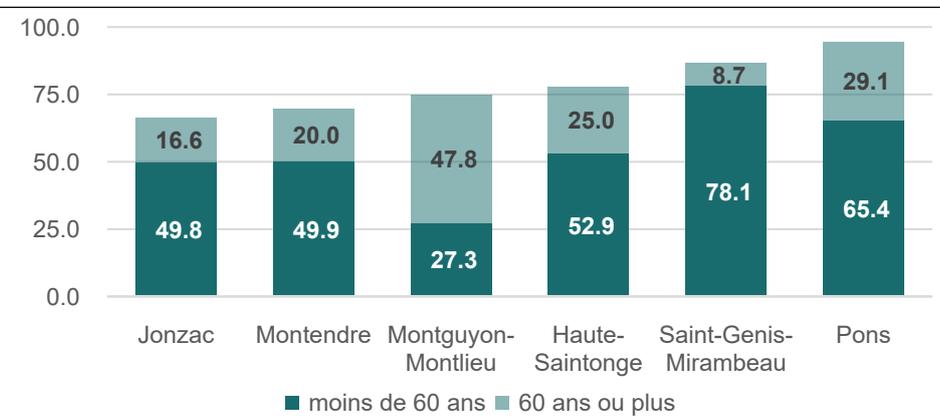
Rapportée au nombre d'habitants de 75 ans ou plus dont les besoins de santé sont plus importants, la densité apparaît nettement défavorable : 661 MG pour 100 000 habitants de 75 ans ou plus, versus 825 en Charente-Maritime, 850 en N-A et 951 en France hexagonale. A cette problématique s'ajoute une situation démographique peu satisfaisante avec une part plus élevée de médecins âgés de 60 ans ou plus sur le territoire qu'ailleurs (36 % versus 30 % en Charente-Maritime et N-A), et plus encore préoccupante sur le territoire de Montguyon-Montlieu-La Garde.

L'absence de spécialistes est référencée sur l'ensemble du territoire de la Haute-Saintonge, avec cependant une situation plus favorable sur le bassin de Jonzac en raison de l'activité du Centre hospitalier.

En matière de prévention, le territoire est également en deçà du suivi préventif constaté dans les territoires de référence, pour le dépistage des cancers.

En 2019, 88 % des assurés et ayants-droit ont eu recours à une consultation ou visite d'un médecin généraliste au moins une fois dans l'année (91 % en Charente-Maritime et 87 % en N-A). Le recours au chirurgien-dentiste

Taux de médecins généralistes âgés de moins de 60 ans et âgés de 60 ans ou plus, pour 100 000 habitants en 2021



est moins élevé avec un tiers des assurés et ayants-droit concernés (31 %), ce qui est inférieur à la moyenne départementale (40 %) et au niveau régional ou national (37 % chacun).

En 2020, la part des patients ayant bénéficié de la complémentaire santé solidaire (CSS) varie sensiblement selon les territoires Vie-Santé. Comparées au niveau départemental ou régional (respectivement 8 % et 9 %), les proportions les plus faibles sont observées pour les territoires de Jonzac (5 %) et Pons (7 %) et les plus élevées à Montguyon (11 %) et Montendre (12 %).

La santé environnementale est préservée, avec 20 % du territoire classé en zone d'intérêt écologique, floristique et faunique. Par ailleurs, le territoire compte peu d'installations potentiellement polluantes (deux industries et aucun élevage) et trois sites et sols pollués. Les densités d'émissions de particules fines et de dioxydes d'azote sont en deçà des valeurs moyennes départementales.

En référence à la directive européenne concernant la protection des eaux contre la pollution par les nitrates à partir de sources agricoles, une partie du territoire du CLS a été classée en 2018 en zone de vulnérabilité pour les nitrates. La surveillance de la qualité de l'eau distribuée ne met pas en évidence de dépassements de limites de qualité pour le nitrate ou pour la qualité bactériologique. Cependant, des dépassements sont observés pour les pesticides dans une zone au nord-est du territoire.

Ces éléments sont détaillés dans le diagnostic santé quantitatif réalisé avec l'Observatoire régional de santé (annexe 5).

### Les orientations stratégiques

Elles ont été définies en fonction des conclusions du travail de concertation réalisé depuis le premier comité de pilotage. Elles seront déclinées en objectifs et en programme de travail pour la définition des actions.

Chacun des programmes de travail seront eux-mêmes déclinés en quatre axes d'actions :

- **Développer la démographie médicale**
- **Soutenir les modes d'exercices coordonnés**
- **Déployer des dispositifs pour aller vers les patientèles fragilisées**
- **Mieux communiquer / sensibiliser / former**

Un tableau joint en annexe 2 présente un premier état des pistes d'actions évoquées lors de cette première phase, par programme et par axe pour chaque orientation stratégique. Ce document de travail servira de base pour la phase suivante dédiée à la définition des fiches-projets.

## **Orientation 1 - Faciliter l'accès aux soins**

### Objectifs

- Augmenter les effectifs des professions de santé
- Mailler le territoire et réduire les inégalités territoriales
- Soulager les urgences hospitalières
- Assurer la surveillance médicale des nouveaux-nés
- Favoriser l'accès aux urgences pédiatriques
- Permettre les diagnostics précoces et les soins des jeunes patients pour prévenir les difficultés scolaires
- Faciliter le parcours de soin et l'accès au dépistage pour les personnes en situation précaire ou sans solution de mobilité

## **Orientation 2 - Repérer et accompagner les jeunes en difficultés**

### Objectifs

- Réduire les délais de diagnostic en santé mentale des jeunes et faciliter le parcours de soins
- Prévenir l'épuisement des familles (impact sur la santé des parents, de la fratrie...)
- Prévenir les addictions chez les jeunes (écrans, sucre, alcool, jeux, produits euphorisants, hallucinogènes...)
- Prévenir les violences intrafamiliales sous toutes ses formes.

## **Orientation 3 - Favoriser l'accès à la prévention et la promotion de la santé**

### Objectifs

- Développer les compétences psycho-sociales
- Inciter et faciliter l'accès à la prévention santé
  - Focus sur la santé des femmes
- Développer la prévention en facilitant l'accès au dépistage des cancers
- Faciliter l'accès à la contraception
- Garantir le suivi de grossesse et post-grossesse
- Identifier les comportements à risque pour le nouveau-né
- Lutter contre les violences faites aux femmes

## **Orientation 4 - Le bien-être des personnes à domicile en perte d'autonomie**

### Objectifs

- Soulager les urgences hospitalières et tous les services d'intervention et de secours
- Maintenir à domicile les personnes en perte d'autonomie
- Prévenir l'épuisement des aidants
- Développer le logement inclusif

## **Orientation 5 - La nutrition, enjeu de santé publique**

### Objectifs

- Sensibiliser les professionnels de santé et la population aux conséquences de la dénutrition
- Développer la prévention relative à l'addiction aux sucres et la mauvaise nutrition
- Améliorer l'état nutritionnel des personnes en situation de précarité.

## **Orientation 6 - La prévention des impacts santé**

### Objectifs

- Evaluer les effets potentiels de projets d'aménagements du territoire sur la santé, et accompagner les choix des élus locaux pour développer des cadres de vie sains et améliorer la qualité de vie des habitants.
- Surveiller la qualité environnementale (eau, air)
- Développer la prévention auprès de la population relatives aux produits, matériaux et comportements à risques.

## D. Les moyens de communication

Une page internet a été créée à partir du site de la Communauté de communes. Elle sera enrichie à la suite de la signature du Contrat Local de Santé et présentera les travaux au fur et à mesure de leurs validations par le Comité technique. Elle pourra également participer à la promotion des actions menées sur le territoire

Des opérations de médiation pourront être organisées, avec invitation des signataires du contrat et des partenaires et opérateurs concernés.

Le Contrat local de santé prévoira dans son plan d'actions et pendant toute la durée de sa mise en œuvre des temps d'échanges entre les acteurs du territoire.

De plus, les ateliers ont mis en exergue des dispositifs méconnus des élus locaux. Ceux-ci sont confrontés à des situations pour lesquelles ils ont besoin de connaître les personnes ressources, les solutions n'étant pas de leurs ressorts. Des solutions seront proposées pour mieux les informer.

## E. Engagements réciproques des partenaires du contrat

Les signataires s'engagent à soutenir la mise en œuvre des fiches-actions dans le respect de leurs champs de compétences respectifs et de leurs capacités budgétaires, et à mobiliser les partenaires nécessaires à leur réalisation.

L'Agence régional de santé Nouvelle-Aquitaine contribue au financement de la mission de coordination et de suivi du Contrat local de santé.

La Communauté de communes de Haute-Saintonge emploie l'agent auquel est confiée cette mission et lui procure les moyens de sa mission.

## F. Suivi et évaluation du contrat

Chaque année, une évaluation du Contrat local de santé et de ses actions est réalisée sous la responsabilité du Comité technique, lequel devra le présenter à la réunion annuelle du Comité de pilotage. Ce bilan s'appuiera sur les éléments de cadrage et d'évaluation inscrits dans les fiches-actions. Au cours de la dernière année, du présent contrat, un bilan global sera réalisé.

## G. Durée et révision du contrat

Le Contrat entrera en vigueur à la date de sa signature, et pour une durée allant jusqu'au 31 décembre 2026.

En lien avec les résultats de l'évaluation, le Contrat local de santé de Haute-Saintonge pourra d'ici-là faire l'objet d'avenants qui permettront de l'adapter aux enjeux locaux et régionaux.

## H. Signatures

**Estelle LEPRETRE,**  
Sous-Préfète  
Arrondissement de Jonzac

**Laurent FLAMENT,**  
Directeur de la délégation  
départementale  
Agence Régionale de Santé de  
Nouvelle-Aquitaine

**Claude BELOT,**  
Président  
Communauté de Communes  
de la Haute-Saintonge

## Annexes

## Annexe1 - La liste des partenaires et opérateurs (non exhaustive)

- la Communauté de communes de la CDCHS
- l'ARS - délégation départementale de Charente-Maritime
- la Sous-Préfecture de l'arrondissement de Jonzac
- la direction territoriale du département de Charente-Maritime
- le Centre hospitalier de Jonzac
- la CPAM - administration locale de Saintes
- la CAF de Charente-Maritime
- la MSA des deux Charentes
- l'Education Nationale
- Les Maires des 129 communes
- Les Représentants des maisons de santé du territoire
- Des professionnels de santé : médecin, sage-femme libérale, infirmière libérale, podologue, kinésithérapeute, pharmacien.
- CSAPA
- PASS mobile
- EAM
- SAMSAH
- ESPAIR
- Animation en Santé publique/ Prévention et Promotion de la santé (ASP)
- L'équipe mobile de gériatrie
- L'EMPP
- La PTA (plateforme territoriale d'appui)
- Plateforme d'aide aux aidants
- L'Union régionale des masseurs-kinésithérapeute
- L'EPD Deux Monts
- Les CCAS de communes (+ de 1500 habitants)
- Les Centre de planification familiale
- La PMI
- Les deux Lycées de Haute-Saintonge
- Les infirmier/es de l'Education Nationale
- Le Gem Jonzac - Montendre
- Les Restos du cœur
- Les Banques alimentaires
- La Mission locale
- La Maison de l'emploi
- Le foyer de jeunes travailleurs
- Maison des adolescents et de la jeunesse
- La diététicienne de la CDCHS
- L'ADEI17
- Les deux centres socioculturels (Montendre, Pons)
- Association France Alzheimer
- La Croix-Rouge
- La MFR de Chevanceaux
- Le CIDFF17
- Le SPIP
- Les membres du Conseil de développement de Haute-Saintonge

Avec la collaboration de l'ORS et de l'IREPS.

## Annexe2 - Les programmes de travail

Orientations		Axes			
		Développer la démographie médicale	Soutenir les modes d'exercices coordonnés	Déployer des dispositifs pour aller vers les patientes fragilisées	Mieux communiquer / sensibiliser / former
<b>Faciliter l'accès aux soins</b>	Créer une commission médicale au sein de la CDCHS pour travailler sur le diagnostic des effectifs, promouvoir la Haute-Saintonge auprès des professionnels de santé	Favoriser le développement de PTCS à partir du Centre hospitalier de Jonzac et de celui de Boscamnant	Organiser le développement des consultations avancées du centre hospitalier de Jonzac	Faire connaître les dispositifs d'information sur les droits en santé (Mission locale pour les jeunes, le réseau France Services, la Maison de l'Emploi, la CPAM...)	
			Installer une antenne HAD à l'hôpital de Boscamnant		
			Développer une capacité de chimiothérapie à domicile.		
	Obtenir la mutation des territoires vie santé de Montguyon et Montendre en zone d'intervention prioritaire	Organiser le déploiement de l'outil de coordination PACO Globule	Soutenir le développement de la télémédecine et des bornes de téléconsultation	Utiliser des vecteurs de communication adaptés aux populations et à leurs habitudes.	
	Soutenir la création d'un centre public de santé à partir de l'hôpital de Boscamnant		Etudier la pertinence d'un cabinet médical mobile		
	Soutenir l'extension de la maison de santé de Mirambeau-Saint Bonnet sur Gironde		Développer la pratique multi-sites pour les maisons de santé		
	Soutenir la création de la maison de santé de Pérignac		Mettre en place un médiateur santé		
			Etendre les dispositifs d'entraide à la mobilité (ex : Rezo Pouce).		
<b>Repérer et accompagner les jeunes en difficultés</b>		Organiser une coordination territoriale des services et différents acteurs du territoire comme cela existe pour les personnes âgées (Réseau gérontologique, CLIC,...).	Etudier la mise en place d'équipes mobiles pour le dépistage en pédopsychiatrie, pour la prévention et l'accès aux soins (projet à l'étude avec l'ETAP et le centre hospitalier)	Faire connaître les outils existants, PCO, PCPE, ESPAIR...	
			Mettre en place un médiateur santé	Sensibiliser, éduquer les jeunes aux problématiques de santé et de prévention	

				via des outils adaptés à leurs centres d'intérêt
			Soutenir dans les territoires les actions de la PMI et de l'Action Éducative en Milieu Ouvert (dans le cadre du schéma départemental Etat/Département)	Développer l'accompagnement à la parentalité
				Former / sensibiliser les relais au sein des établissements scolaires, des associations, les adultes en général (parents, enseignants, entraîneurs sportifs...) afin de : – mieux prévenir les addictions des jeunes – déceler les situations de violences, sexuelles, physiques autres ou psychologiques
<b>Favoriser l'accès à la prévention et la promotion de la santé</b>		Instaurer une réunion de coordination entre les sages-femmes hospitalières et libérales, pour un échange sur les bonnes pratiques, la connaissance du territoire, etc.	Etudier les possibilités de transport pour véhiculer les femmes enceintes vers les professionnels de santé (intra et interdépartemental)	Proposer des sensibilisations aux familles et aux professionnels de la petite-enfance pour conseiller les parents en matière de prévention pour la santé du bébé : habitat, alimentation, eau, hygiène... ; une initiative du Centre Hospitalier de Jonzac.
		Dans le cadre du programme de retour à domicile, envoyer à domicile la sage-femme, hospitalière ou libérale, qui a suivi la grossesse de la patiente.	Développer la possibilité pour les sages-femmes, libérales ou hospitalières, de visiter à domicile les patientes.	Informier/former sur les conséquences du sucre sur le bébé à naître et sur l'enfant à destination des parents et des relais que sont les professionnels de santé.
		Identifier les sages-femmes comme acteurs prioritaires pour les dépistages afin d'améliorer la réactivité (exemple : prescription de colposcopie).	Développer des consultations avancées par les sages-femmes (Boscarnant).	Organiser, avec des spécialistes, des ateliers pour sensibiliser à la prévention et à la palpation du sein, dans le cadre d'Octobre rose (exemple de l'action concertée MSA/Animation SP du Centre hospitalier/Maison

				Pop).
		Elaborer et signer avec l'Etat un contrat local contre les violences sexistes, sexuelles et conjugales.	Développer les équipes mobiles dédiées : - sages-femmes hospitalières pour la contraception et le suivi post-grossesse (rééducation). - dépistage du cancer du sein	Diffuser une information dans les communes pour faire connaître le rôle des sages-femmes et des médecins généralistes dans la prévention et le dépistage.
			Etudier la possibilité de déployer une permanence de l'UPPIJ, dans les territoires les plus éloignés, en particulier dans le sud.	
<b>Le bien-être des personnes à domicile en perte d'autonomie</b>		Développer l'habitat inclusif, avec une démarche concertée, via le CLS et en relation avec le département, pour mailler le territoire.	Mettre en place un dispositif facilitant les colocations intergénérationnelles et une vie sociale partagée.	Améliorer l'image du métier d'aide à domicile
		Faciliter les temps d'échanges entre aidants familiaux	Identifier des projets de logements inclusifs	Faciliter l'accès aux formations pour ces emplois, avec une formation professionnalisante et accessible dans les établissements de proximité
			Organiser la mobilité aidants/aidés	Faire connaître la plateforme territoriale d'appui auprès des acteurs, et en particulier des élus locaux.
				Organiser des temps d'échanges entre professionnels pour un partage d'expériences et d'outils.
<b>La dénutrition, enjeu de santé publique nationale</b>	Dans le cadre de la semaine nationale de prévention de la dénutrition, organiser en Haute-Saintonge des actions en direction des différents publics.			
<b>La prévention des impacts santé en urbanisation</b>	Inscription de la Haute-Saintonge dans le cadre de la démarche partenariale avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine, avec un accès au dispositif COMODEIS.			

\* UPPIJ : Unite de Psycho-Pathologie Infanto-Juvenile

\*\* COMODEIS - Collectivités Mobilisées pour le Développement des Evaluations d'Impact sur la Santé : programme d'accompagnement pour développer les évaluations d'impact en santé, financé par l'ARS.

### Annexe 3 - Synthèse des réunions des territoires infra



## Diagnostic santé de Haute-Saintonge

### Synthèse de la démarche qualitative

Ref . : FDRDiag210630

Date : 30.06.2021

Pièce jointe : diagnostic quantitatif

#### Les réunions qualitatives

- 5 réunions infra-territoriales - 89 participants dont 34 élus municipaux.

- Plus de 20 entretiens bilatéraux réalisés :

PASS mobile d'accès aux soins

SPIP (service pénitentiaire d'insertion et de probation)

CAF

CPAM

Direction du Centre hospitalier

IEN

MSA

PMI

Centre social

Croix Rouge

Plateforme d'aide aux aidants

Professionnels de santé libéraux (médecin généraliste, infirmier)

URPS-MK

PAACO

Coordinateurs santé du 17

SDIS - pompiers HS

Centre social de Pons

Resto du coeur

CCAS

Maison des adolescentes et des jeunes adultes

Une réunion du Conseil de développement de Haute-Saintonge - 27 participants

## Introduction - données générales

La santé est un critère de qualité de vie. La Haute-Saintonge affichant une croissance régulière de sa population, il convient d'être vigilant pour satisfaire les besoins en santé et prévention.

Les comparatifs avec les territoires de référence positionnent globalement favorablement le territoire.

La consommation de médicaments y est équivalente à celle des territoires de référence et la prévalence des affections longues durées y est significativement inférieure à celle du territoire national ( y compris la prévalence des cancers). C'est également le cas pour la prévalence concernant le diabète, la maladie d'Alzheimer, la bronchite pulmonaire chronique obstructive et l'asthme.

Ces résultats sont pour partie liés à un patrimoine environnemental de qualité. La Haute-Saintonge enregistre 20 % du territoire en zone d'intérêt écologique floristique et faunique. Les densités d'émissions de particules fines sont inférieures aux valeurs moyennes de référence.

## Les problématiques récurrentes

S'agissant de pointer les problématiques pour lesquels le CLS pourrait permettre de progresser, les focus présentés ci-dessous mettent principalement en exergue les difficultés rencontrées sur le territoire.

### La démographie médicale

Les difficultés relatives à la démographie médicale n'affectent pas l'ensemble de la population Haute-Saintongaise de la même façon. La majorité d'entre elle trouvera facilement des solutions hors du territoire, dans les agglomérations proches (Libourne, Bordeaux, Angoulême, La Rochelle, Niort) auprès de leur lieu de travail ou bien grâce à leurs capacités de mobilité.

Cependant, outre que l'accès aux soins de proximité est un critère de qualité de vie, certaines populations sont fragilisées par cette absence de proximité.

- Médecins généralistes

Selon les données CPAM, sur la base des territoires vie santé tels qu'elle les définit, la densité de médecins généralistes est nettement inférieure à celle des territoires de référence et du territoire national. Ce constat est conforté par la consolidation des effectifs enregistrés sur les bassins de vie du SCOT. Sur les 5 infra-territoires, la différence par rapport aux données CPAM est négatives de -4 médecins.

Le nombre d'actes par praticien est supérieur à celui des territoires référents, ce qui reflète un engagement de la profession sur un temps de travail relativement large.

A noter que les médecins thermalistes ont été retirés des statistiques car ils ne répondent pas aux besoins d'accès aux soins quotidiens de la population.

Les bassins de vie de Montendre, de Mirambeau-Saint-Genis et de Pons sont moins touchés par la pyramide des âges des médecins, leur effectif ayant été renouvelé il y a peu.

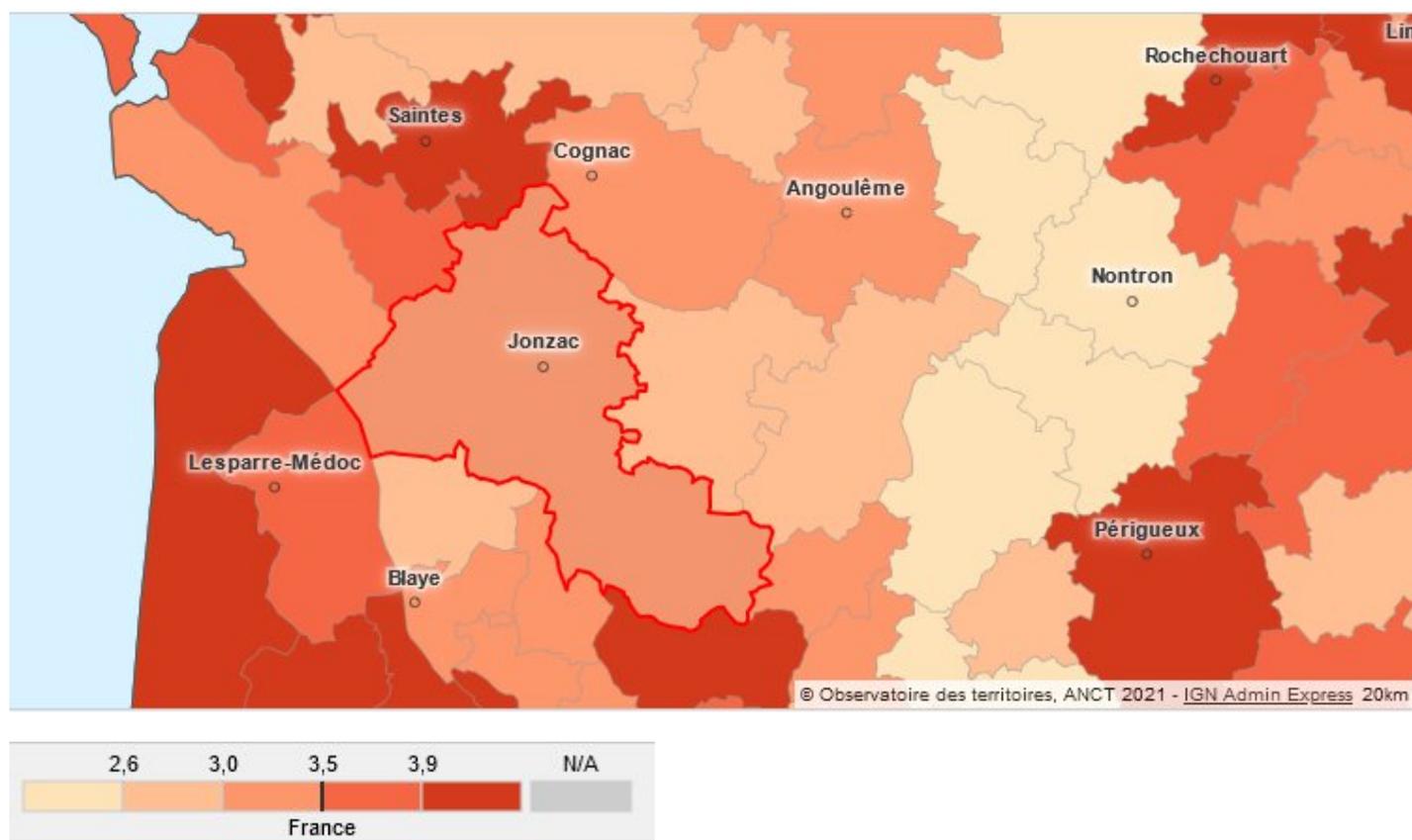
De même, Pons et Mirambeau sont globalement mieux dotés que le sud de la Haute-Saintonge: 1médecin pour 1058 habitants à Pons, 1médecin pour 1430 habitants à Monguyon.

Certains patients attendent plus d'un an avant de trouver un médecin référent, ce qui n'est pas sans impact sur leur budget santé.

Outre les difficultés d'accès aux soins pour la population, cette situation a d'autres conséquences telles qu'une fréquentation élevée des urgences (25 000/an dont 50% à Jonzac), mais aussi des déclarations de décès tardives (jusqu'à 2 jours d'attente pour les décès survenus le weekend). Un dispositif de permanence des soins est instauré sur certains territoires mais ne répond pas à toutes les situations comme celles-ci. L'information relative à l'organisation et les contraintes horaires de ce dispositif n'est pas connue des élus locaux, ni des services d'urgence.

A noter que sur l'ensemble de la Haute-Saintonge 14% de la patientèle, n'a pas déclaré de médecins référents, toute cause confondue. Ce taux peut monter à 16% sur le territoire-vie santé du sud. En référence, le taux pour la Charente-Maritime est de 11%, équivalent à celui de la France. En Nouvelle Aquitaine le taux varie entre les départements de 9 à 12, excepté pour les Pyrénées Atlantiques qui enregistrent un taux de 24%.

*Offre potentielle de consultation en médecine générale (hors hôpitaux) - 3.1 consultations/par an/par personne en Haute-Saintonge, plus de 4 dans les CDA de Saintes, Rochefort et Libourne, plus de 5 à La Rochelle (données 2018).*



#### ▪ Les spécialités

Très peu de médecins spécialistes sont recensés sur le territoire. Le Centre hospitalier tente de pallier cette situation par des consultations avancées. Malgré cela les besoins sont criants en ce qui concerne les dentistes, orthophonistes, ophtalmologistes, pédopsychiatre notamment.

L'absence de spécialistes est référencée sur l'ensemble du territoire de la Haute-Saintonge, avec toutefois une situation plus favorable sur le bassin de Jonzac en raison de l'activité du Centre hospitalier.

- La médecine scolaire

Le nord est mieux doté que le sud, même si les effectifs restent insuffisants. Sur l'ensemble du territoire la médecine préventive est rattrapée par les besoins en médecine curative.

Cette situation pose de grosses difficultés aux équipes éducatives comme aux enseignants, compte tenu des besoins en augmentation constante.

En outre, les interventions des professionnels du Rased (réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté) souffrent de la baisse des indemnités de déplacements des professionnels, ce qui les incite à les limiter.

L'absence de disponibilité en médecine scolaire pose des difficultés tant sur :

- l'identification des besoins de soins pour un bon suivi scolaire
- l'identification des besoins de soins à la suite de troubles du comportement
- le signalement de situations préoccupantes
- la prise en charge des patients avec conduites addictives
- le suivi des soins de l'ensemble de ces jeunes patients, d'autant que le nombre d'élèves en attente de rendez-vous médicaux est élevé sur certains secteurs. Cf résultats de l'enquête ci-dessous réalisée auprès des écoles du 1er degré de la Haute-Saintonge

Ecoles par secteur	Pourcentage d'élèves en attente d'un professionnel de santé	Difficultés évoquées
Mirambeau / St Génis	20%	-Aller sur Bordeaux pour trouver un professionnel de santé ; -Beaucoup d'élèves sont suivis sur Cognac ;
Jonzac	17.5%	-Attente longue pour avoir un suivi (délai d'un an) ce qui provoque le découragement des parents qui abandonnent ;
Archiac	10%	-Lorsque les parents appellent et laissent des messages, ils ne sont pas toujours rappelés ;
Pons	7.5%	-Les prises en charge pas toujours adaptées face au manque de praticiens (par ex : psychomotricien au lieu de psychologue)
Montendre/Montlieu/Montguyon/ St Aigulin	45%	-Le manque de professionnels de santé : 66% en orthophonistes 9% en psychothérapeutes 7% en pédopsychiatres ou neuropsychiatres 7% en psychomotriciens 7% en ophtalmologues 4% autres

Le seul outil d'action pour l'école lorsque le suivi médical n'est pas assuré par les parents, quelle que soit l'origine de la difficulté, est le signalement au CRIP (cellule départementale de recueil de traitement et d'évaluation) afin que la protection de l'enfance fasse une enquête. Il s'agit d'une procédure lourde qui peut être traumatisante pour la famille. Or il peut s'agir de difficultés réelles qui ne permettent pas aux parents de donner suite aux demandes de l'infirmier/e scolaire ou à la PMI (exemple : besoin de corrections pour les yeux).

Cette procédure est la même lorsqu'il apparaît que des enfants ont des comportements, gestes, discours non adaptés, dont l'origine pourrait être le visionnage de vidéos réservées aux adultes.

D'une manière générale, la survisualisation des écrans entraîne fatigue, manque de sommeil, défaut de concentration, violences physiques et verbales. La responsabilité des parents est soulignée (problème d'éducation ou négligence) d'autant que les violences verbales ou écrites auxquelles ils se livrent eux-mêmes sont de plus en plus nombreuses et caractérisées.

- Les premières pistes de travail :
  - une commission médicale au sein de la CDCHS pour travailler sur le diagnostic des effectifs
  - un centre public de santé à partir de Boscamnant
  - un PTCS à Montendre
  - le suivi du parcours des étudiants en médecine issus de la Haute-Saintonge
  - le développement des consultations avancées sur Jonzac mais aussi Boscamnant
  - le développement de la télé-médecine.

### La santé mentale des jeunes

- Des bilans/diagnostics trop tardifs.

Les délais de consultations entraînent des retards dans la scolarité et une aggravation des pathologies. L'Éducation Nationale témoigne que certains jeunes perdent ainsi une année complète dans l'attente de disposer des soins adaptés ou des aménagements nécessaires. Le temps scolaire n'est pas en adéquation avec le temps de prise en charge médico-sociale.

L'Éducation nationale a constaté une recrudescence des besoins (liée aussi au contexte sanitaire), de plus en plus d'enfants concernés. Sur la période Septembre/Décembre 2020, il y a eu autant de cas signalés à l'IEN que sur l'année complète 2019.

L'IEN fait appel à deux dispositifs :

- L'équipe mobile d'appui (convention ARS/Éducation Nationale) - des personnels issus des SESSAD observent l'élève à l'école, afin de conseiller l'école et les parents.
- Le dispositif d'accompagnement des équipes pédagogiques - composé de professionnels pluridisciplinaires (assistante sociale, psychologue, ...) qui conseillent l'équipe pédagogique pour la prise en charge des enfants avec troubles du comportement.

Ces dispositifs sont appréciés, ainsi que leurs temps de réactivité (3 semaines à un mois), mais ne compensent pas les bilans médicaux, indispensables pour aller plus loin dans l'aménagement du temps scolaire de l'enfant.

Le Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE), portée par l'ADEI17, met en place un accompagnement des parents dans la démarche diagnostic. Mais ce dispositif est encore méconnu.

- Des besoins en addictologie de plus en plus importants.

Ces besoins se sont développés avec les périodes de confinement, et une offre sur internet accessible (jeux d'argent, produits euphorisants, hallucinogènes, ...)

Le CSAPA (consultations spécialisées) développe les consultations sur les bassins de vie, mais son action est encore trop peu connue.

- Peu de psychologues

C'est là aussi une grosse difficulté, avec qui plus est des centres médico-psychologiques (CMP) saturés et un contexte post-confinement délicat. Quelle possibilité de soins pour les jeunes bénéficiaires de l'aide de l'État pour un accompagnement psychologique post-covid alors que les délais sont déjà de 5 mois ?

- Absence de pédopsychiatre en Haute-Saintonge, aucun lit d'hospitalisation (le plus près : Rochefort)

Auparavant, les enfants nécessitant une hospitalisation étaient dirigés vers Saintes, même si l'hôpital ne disposait que d'un service de pédiatrie. Aujourd'hui celui-ci est fragilisé et n'accueille plus les enfants qui doivent recevoir des soins de psychiatrie.

Une réflexion est en cours, avec notamment l'ETAP et le centre hospitalier de Jonzac, pour un projet d'équipe mobile pour la prévention et l'accès aux soins. Il s'agit d'une demande de l'ARS avec un objectif de coordination de l'existant.

- Une proportion importante des 16/25 ans non insérés.

Près de 21% des jeunes de cette tranche d'âge ne sont ni en études, ni en formation, ni en emploi (16% en Nouvelle Aquitaine ou en France).

A noter également que 12% des jeunes vivent dans une famille sans actif occupé.

Ces situations de précarité éloignent ces enfants du parcours de soin et les coupent de toute éducation à la prévention.

- Des violences intrafamiliales exacerbées par les confinements successifs.

Des actions d'informations sont mises en oeuvre par multiples acteurs (MSA, Education nationale, Centre hospitalier...). Mais la lourdeur administrative, l'engorgement des services sociaux et la pénurie de la médecine scolaire sont souvent pointés du doigt dans les difficultés de gestion de ces situations.

- Harcèlement

Le protocole mis en place dans les écoles et les actions de sensibilisation semblent porter leurs fruits dans le premier degré. Une information à confirmer en ce qui concerne les collèges et les lycées.

- Les premières pistes de travail :

- En écho aux difficultés de parents à accepter le handicap de leur enfant, il apparaît important de rendre visible des actions ou dispositifs tels le groupe d'entraide mutuelle (GEM) afin de contribuer à l'appropriation par l'ensemble des habitants de l'évolution vers l'inclusion des personnes en situation de handicap.

### La mobilité

La mobilité est une problématique qui touche toutes les générations et qui est liée tant à l'accès aux soins qu'à la prévention.

Les distances à parcourir pour un parcours de soin, peuvent constituer de véritables freins pour le patient.

Cette situation est accentuée par le refus de praticiens de réaliser les soins à domicile. C'est par exemple de plus en plus le cas pour les masseurs-kinésithérapeutes. Cela s'explique par une priorité aux temps de soins plutôt qu'aux temps de trajets, ainsi qu'une indemnisation insuffisante des déplacements.

Bien entendu, les personnes mobiles pour leur travail ne seront pas gênées par les distances à parcourir pour les soins. Les personnes isolées, les foyers à faibles revenus, et les jeunes sont les plus concernés.

- Les premières pistes de travail :

- Développer les dispositifs qui vont vers la population
- Mettre en place un cabinet médical mobile

- Développer la pratique multisite pour les maisons de santé
- Etendre les dispositifs de mise à disposition de véhicules mais aussi d'entraide.

### La précarité en santé

- Précarité économique et sociale

Le territoire enregistre un taux de 16% de pauvreté, ce qui est nettement plus élevé que les territoires de référence, malgré un taux de chômage relativement bas de 6.6%.

Les populations concernées sont éloignées du parcours de soins, pour de multiples raisons :

- l'éloignement géographique des professionnels de santé
- les difficultés liées à la mobilité
- la méconnaissance de leurs droits en matière de santé
- le frein psychologique : difficile de penser à sa santé quand les besoins basiques ne sont pas correctement satisfaits (nourriture, hébergement, travail...).

D'autres freins existent à leur intégration dans le parcours de soin, et notamment le fait que certains professionnels de santé choisissent leurs patientèles. Il est plus difficile pour un bénéficiaire de la complémentaire solidaire (CMU) d'avoir un médecin référent.

De la même façon, les personnes devant être soignées par décision de justice ont des difficultés à obtenir des rendez-vous auprès des centres médico-psychologiques, car ceux-ci accueillent les victimes, mais aussi auprès des professionnels libéraux qui mettent en avant que le soin contraint n'est pas adapté.

La Permanence mobile d'accès aux soins (PASS) connaît un vif succès. Créée en 2019, ce dispositif, composé d'une assistante sociale et d'une infirmière, dont l'objectif est de remettre des patients dans le parcours de soin, a accompagné 170 personnes en 2020, 130 personnes de janvier à mai 2021. Les ressources et solutions pour un résultat positif sont complexes et chronophages.

La démographie médicale pose plus de problème encore aux populations en situation précaire. Des dispositifs existants pour les soins et la prévention ne peuvent être mis en oeuvre. Exemple : le pass dentaire.

Ce qui est vrai pour l'accès aux soins de ces populations, l'est également pour la prévention (dépistage des cancers, addictologie, alimentation, santé au travail...).

A noter toutefois que le partenariat PASS/CPAM fonctionne bien pour l'accompagnement par la PASS de personnes identifiées par la CPAM afin de bénéficier d'un bilan de santé gratuit.

Autre point positif à signaler concernant la prévention : les populations précaires ont eu accès relativement facilement à la vaccination en Haute-Saintonge. Le taux de vaccinés semble équivalent chez les habitants en situation de précarité que chez le reste de la population.

- Précarité numérique

La précarité émane aussi de la fracture numérique et/ou administrative, qu'il s'agisse des jeunes ou de leurs parents. Face aux besoins, le département envisage de renforcer l'équipe de conseillers numériques qui œuvrent en lien avec France Services. Actuellement les administrés ne maîtrisent que ce qui les intéresse dans le numérique, pas forcément ce dont ils ont besoin dans leur vie de tous les jours (administrations).

- Les premières pistes de travail :
  - Faire mieux connaître les dispositifs d'information sur les droits en santé (Mission locale pour les jeunes, le réseau France Services, la Maison de l'Emploi, la CPAM...)
  - Développer les dispositifs de proximité
  - Trouver des vecteurs de communication adaptés aux populations et à leurs habitudes.

### La mise en réseau et la coordination

Force est de constater que des dispositifs existants sont méconnus, notamment auprès des élus locaux. Ceux-ci sont confrontés à des situations pour lesquelles les solutions ne sont pas de leurs ressorts.

La délégation territoriale du Conseil départemental est une porte d'entrée vers ces dispositifs, mais les élus souhaiteraient mieux connaître ses missions.

Les problèmes de coordination et d'optimisation des moyens sont également posés. Il n'existe plus à ce jour de lieux d'échanges pour l'ensemble des intervenants en santé et prévention.

En ce qui concerne le parcours de soin des personnes âgées et/ou dépendantes, la plateforme territoriale d'appui (PTA) au centre hospitalier de Jonzac remplit pleinement sa mission.

L'Etat a instauré un outil, la communauté professionnelle territoriale de santé, qui jusqu'à présent n'a pas suscité beaucoup d'intérêt auprès des praticiens (une réflexion en cours à Montendre). Il s'agit de professionnels de santé qui décident de s'organiser sur un territoire pour mettre en œuvre un projet de santé répondant aux problématiques du territoire concerné.

Une mission d'animateur de santé pour les EHPAD du territoire semble également nécessaire et serait complémentaire aux actions menées pour la prévention par l'association Santé éducation prévention (MSA).

- Les premières pistes de travail :
  - Créer dans le cadre du CLS un temps d'échanges entre les acteurs
  - Réaliser un support de communication à l'attention des élus locaux

## **Les zooms**

### Les soins d'hygiène des personnes âgées et/ou dépendantes

Les infirmier/es n'ont plus les capacités de réaliser ces soins, malgré leurs impacts bénéfiques sur la santé globale du patient. Les services de soins infirmiers à domicile (SIAD) sont saturés ainsi que les infirmières libérales, qui se consacrent aux actes techniques.

Les demandes auprès du dispositif Asalée (réseau de suivi des maladies chroniques) sont plus importantes que ce que les effectifs peuvent gérer.

De ce fait, les soins d'hygiène sont réalisés, par défaut, par les aides à domicile qui ne sont pourtant pas formées à cette mission. Il s'agit là d'une des raisons majeures de la difficulté à recruter au sein des services d'aide à domicile. La pénibilité et le niveau de salaire sont mis en avant dans les motifs de renoncement.

Cette situation a un impact sur la qualité de vie des personnes dépendantes mais aussi sur celle de l'ensemble des aidants, et sur leur santé. La crise sanitaire et le confinement a assigné à résidence bon nombre d'aidants familiaux avec leurs proches dépendants. Ils en sont maintenant à un état de santé mentale et physique particulièrement diminué, et dangereux, avec même des pertes de repères quant à leurs propres besoins.

Le territoire est dépourvu d'interventions du service d'hospitalisation à domicile (HAD), basé au CH de Saintes.

Ce déficit de professionnels infirmiers, aides-soignants et de l'aide à domicile, mais aussi de masseurs-kinésithérapeutes, peut conduire à l'institutionnalisation de personnes qui pourraient pourtant continuer à vivre à domicile avec un accompagnement.

- Les premières pistes de travail :
  - Améliorer l'image des métiers d'aide à domicile
  - Faciliter l'accès aux formations pour ces emplois, dans des structures de proximité
  - Faciliter les temps d'échanges entre aidants familiaux (demande d'un local à Jonzac par une association actuellement hébergée à Jarnac-Champagne)
  - Développer l'habitat inclusif, avec une démarche concertée, via le CLS et en relation avec le département, pour mailler le territoire
  - Installer une antenne HAD à l'hôpital de Boscamnant
  - Développer une capacité de chimiothérapie à domicile.

### La santé des femmes

#### ▪ Soins et prévention

La patientèle féminine du territoire est au carrefour de difficultés qui altèrent nos capacités à intégrer un parcours de soins correct. Cette situation se démontre au travers des statistiques :

- Un taux de recours au frottis cervico-utérin en 2016-2018 de 50 %, au dessous des taux de la Nouvelle-Aquitaine (55%)
- 47% des femmes participent au dépistage du cancer du sein (55% en Nouvelle-Aquitaine). A noter qu'à Jonzac ce taux retrouve celui de la Nouvelle-Aquitaine (55%) . Cette donnée démontre l'impact de l'éloignement des établissements de santé sur les comportements en matière de santé et de prévention.
- Des femmes de plus en plus concernées par les comportements addictifs (alcool, drogue). Le CSAPA et la PMI travaillent sur cette problématique.

Les statistiques démontrent également un manque de suivi de la grossesse sur le territoire, ainsi qu'après l'accouchement. La PMI essaie elle-même d'organiser des déplacements, ou de monter des dossiers de prise en charge de déplacement vers le centre hospitalier, mais il s'agit d'une procédure lourde et chronophage.

L'absence de maternité de proximité, et l'absence de coordination avec les maternités des départements voisins, accroissent la difficulté.

Les préoccupations des femmes seules avec enfants (28% des familles avec enfants) expliquent en grande partie ces constats :

- mobilité
- pouvoir d'achat
- disponibilité

- charge mentale.

Un repérage des troubles psycho-sociaux et des troubles musculo-squelettiques a été réalisé par le Service de santé au travail (SST). Il est observé des conditions de travail très difficiles pour des jeunes mères, notamment à la suite d'une séparation conjugale.

Pour d'autres femmes, il s'agit d'un problème d'éducation à la santé et d'information, malgré les campagnes existantes.

- Violences faites aux femmes

Le réseau nécessaire est présent sur le territoire pour traiter les situations. Mais pour le moment, les cas recensés restent nombreux, ce qui suppose plutôt un problème au niveau de la prévention des violences. Par ailleurs, les violences intrafamiliales ont été exacerbées par les confinements successifs. La mise en place du réseau d'écoute par le Procureur de Saintes a facilité les démarches des victimes. Cependant en amont, les problématiques restent prégnantes et principalement liées au jugement des autres et à la peur du jugement des autres, y compris des forces de sécurité.

➤ Les premières pistes de travail :

- Mise en place d'une convention avec une organisation en réseau, pour favoriser le repérage en amont des victimes de violences sexistes, sexuelles, conjugales et optimiser l'accompagnement de ce public et de leur entourage.
- Développement des consultations avancées par les sages-femmes.
- Augmentation des moyens de la PMI.
- Formation des professionnels (sages-femmes, PMI, ...) pour conseiller les parents dans la mise en place d'un environnement sain pour leurs futurs bébés (habitat, alimentation, eau, hygiène...) ; une initiative du CH de Jonzac.

### La prévention du suicide

Les taux de mortalité toutes causes confondues sont supérieures aux taux de référence. Les deux écarts qui peuvent expliquer ce résultat concernent d'une part la progression, comme partout ailleurs, de l'augmentation des décès attribués à des maladies cardiovasculaires, d'autre part le taux de suicides (plus marqué à l'est du territoire).

## **Autres enjeux de santé**

### Santé et développement économique local

La santé n'est pas seulement consommatrice de fonds publics, c'est aussi une productrice de richesses (éducation, recherche...). Il y aurait matière, sur le territoire, au développement d'une filière économique.

### Environnement

L'eau est de relativement bonne qualité sur le territoire. Il existe toutefois un point d'attention sur l'est-nord-est avec la détection de nombreux pesticides, issus des pratiques viticoles.

Cependant les actions des grandes maisons distributrices de Cognac imposant la mise en place d'une politique de responsabilité sociétale des entreprises (RSE) commencent à porter leurs fruits chez les viticulteurs.

L'environnement fait partie de l'attractivité du territoire et doit donc être préservé.

# Démographie médicale

## Les praticiens libéraux recensés par bassin de vie

sources : CPAM, Pages jaunes, Doctolib, Cartosanté

### Jonzac

	Jonzac	St Germain de L	Archiac	Ozillac	Meux	St Simon de Bordes	Réaux sur T	Total
Omnipraticiens hors thermalistes	9		3					12
dont + 60 ans	3							3
Infirmiers	16		3	3	2		2	26
Kinésithérapeutes	12		1	1	3	2		19
Dentistes	2	1						3
Sages-femmes	1		1					2
Pharmacies	3		1	1				5
Laboratoires	1							1
Spécialistes libéraux	3							3

### Pons

	Pons	Pérignac	Jarnac-Champagne	St Léger	Total
Omnipraticiens	9	1	3		13
dont + 60 ans	2	1	1		4
Infirmiers	12	2	3	1	18
Kinésithérapeutes	5	2	4		11
Dentistes	4	2			6
Sages-Femmes	2				2
Pharmacies	2	1	1		4
Laboratoires	1				1
Spécialistes libéraux	2				2

### Saint Genis-Mirambeau

	St Genis de S.	Mirambeau	St Bonnet sur G.	St Thomas de C	St Sorlin de C	St Ciers du T.	Plassac	St Fort sur G	Champagnolles	Total
Omnipraticiens	2	4	1			1	1	1		10
dont + 60 ans	1									1
Infirmiers	4	3	2	1			2	2		14
Kinésithérapeutes	4	3	1					1		9

Dentistes	1	2	1						4
Sages-femmes			1			1			2
Pharmacies	1	1	1		1		1		5
Laboratoires									0
Spécialistes libéraux									0

### Montendre

	Montendre	Bussac-Forêt	Total
Omnipraticiens	4	3	7
dont + 60 ans	2		2
Infirmiers	8	3	11
Kinésithérapeutes	2	1	4
Sages-femmes	2		2
Dentistes	4		4
Pharmacies	2		2
Laboratoires	1		1
Spécialistes libéraux			0

### Montguyon-Montlieu

	Montguyon	Montlieu	St Aigulin	St Martin d'A	Chevanceaux	Cercoux	La Barde	Total
Omnipraticiens	4	1	3		2	1		11
dont + 60 ans	4		1		1	1		7
Infirmiers	6	3	4	4	2	3	2	24
Kinésithérapeutes	2	1	1		1	1		6
Dentistes		1			6			7
Sages-femmes	1							1
Pharmacies	1	1	1		1	1		5
Laboratoires								0
Spécialistes libéraux								0

## Les ratios d'activité

Territoire vie santé <i>données 2020 CPAM</i>	Nombre de patients/omnipraticiens	Nombre d'actes/omnipraticiens
Nouvelle-Aquitaine	1439	4303
Charente-Maritime	1406	4196
Jonzac	932	2486
Pons	1493	4214
Montendre	1642	5158
Montguyon/Montlieu	1384	4515
St Ciers sur Gironde - Mirambeau	1284	4835
Barbezieux -Archiac	1966	5389
La Roche-Chalais - Boscamant -St Aigulin	1525	4952

Les différences entre les bassins de vie tels que délimités par le SCOT et ceux de la CPAM n'ont pas une incidence significative pour le traitement de ces données. En effet, elle sont basées sur les habitudes en matière de santé. On ne peut rattacher des patients de manière fictive alors même que leurs habitudes sont hors territoire.

En revanche, il conviendra d'être prudent dès lors que les ratios avec la population générale seront pris en compte.

### Les territoires vie santé en Haute-Saintonge :

#### TVS Pons

Communes supplémentaire : Berneuil, La Jard, Colombiers, Montils, Rouffiac

#### TVS Montendre

- Communes supplémentaire : Donnezac, Reignac
- Commue retirée : Ste Colombe

#### TVS Montguyon-Montlieu

- Communes supplémentaire : Chantillac, Bords de Baigne, Boisbreteau, Guizengeard

#### TVS Barbeziaux-Archiac

- Communes ajoutées : Archiac - St Maigrin - St Eugène - Bran

#### TVS St Ciers sur Gironde - Mirambeau :

- Communes ajoutées : St Ciers du Taillon - Ste Ramée - St Thomas de Conac - Semillac - Semoussac - St Georges des Agouts - St Solrin de Conac - St Martial de Mirambeau - St Bonnet sur Gironde -Mirambeau - Soubran - Boisredon

#### TVS La Roche Chalais - Boscamnant- St Aigulin

- Communes ajoutées : La Génétouze - Bédenac - La Clotte - St Martin de Coux - La Barde, St Aigulin, Boscamnant

Annexe 4 - Diagnostic chiffré  
élaboré par l'Observatoire régional de la santé