Contrat Local de Santé

CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

AGIR ENSEMBLE POUR LA SANTÉ SUR CHOLET AGGLOMÉRATION

2026-2030

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé Pays de la Loire

Cholet agglomération

I. EDITO 3

II. PREAMBULE 4

III. CONTEXTE LÉGISLATIF ET RÈGLEMENTAIRE DU CONTRAT LOCAL DE SANTE 5

A. Les contrats locaux de santé : une déclinaison locale du Projet régional de santé (PRS) des Pays de la Loire 5
B. Les contrats locaux de santé : une démarche partenariale et participative 6
C. Les priorités d'intervention du CLS de Cholet Agglomération 6

IV. LES PRINCIPALES PHASES D'ÉLABORATION DU CONTRAT 8

A. Un diagnostic territorial de santé partagé pour fonder les priorités d'action 8
B. La définition partagée des enjeux et des axes stratégiques 9
C. L'élaboration collective du plan d'actions 9
D. L'engagement politique de Cholet Agglomération 9
E. Signature officielle et lancement du programme d'actions 10

V. SYNTHÈSE DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE SANTÉ 10

A. Fragilités sociales et territoriales 10
B. État de santé des habitants 11
C. Des publics particulièrement exposés aux inégalités de santé 11
D. Santé mentale 12
E. Santé environnementale et cadre de vie favorable à la santé 12
F. Accès aux soins 12

VI. LE CONTRAT LOCAL DE SANTÉ 2026-2030 14

Article 1 : Parties signataires 14
Article 2 : Engagements des signataires socles 14
Article 3 : Les axes stratégiques et fiches actions 15
Article 4 : Gouvernance du Contrat Local de Santé de Cholet Agglomération 72
Article 5 : Évaluation du Contrat Local de Santé 73
Article 6 : Communication et valorisation du Contrat Local de Santé 74
Article 7 : Durée et révision du contrat 74
SIGNATURES 75

I. ÉDITO

Le lancement de ce nouveau Contrat Local de Santé (CLS) marque une étape structurante pour le territoire du choletais. Fruit d'un travail collectif exigeant, il confirme l'ambition portée par l'ensemble des partenaires : bâtir une politique de santé de proximité, cohérente, et résolument ancrée dans les réalités vécues par les habitants. Cette ambition s'appuie à la fois sur l'expertise des acteurs engagés et sur les enseignements d'une enquête de terrain qui a permis de faire émerger des besoins clairement exprimés par la population.

Au-delà d'un simple cadre d'intervention, le CLS 2026-2030, dont le contenu a évolué vers une approche plus globale et intégrée, se distingue par sa capacité à fédérer et à structurer l'action publique en matière de santé, en phase avec les enjeux contemporains. Cette évolution est indissociable d'une mobilisation partenariale forte et déjà perceptible, témoignant d'une volonté partagée d'agir concrètement.

Deux marqueurs structurants, à la fois prioritaires et distinctifs, émergent de ce travail collectif. D'une part, la santé mentale, qui s'est imposée comme un enjeu majeur ces dernières années et appelle des réponses coordonnées, accessibles et adaptées à tous les publics. D'autre part, la santé environnementale et le cadre de vie favorable à la santé, qui traduisent une prise de conscience accrue des liens entre environnement, conditions de vie et bien-être global. Ces axes incarnent pleinement la volonté d'inscrire la santé dans une approche préventive et durable.

Dans la continuité du précédent CLS, l'accès aux soins demeure un enjeu central, avec une attention particulière portée à l'attractivité du territoire et à l'accompagnement des acteurs face aux évolutions du système de santé.

L'approche transversale de ce CLS, inspirée du principe " la santé dans toutes les politiques publiques ", est à saluer. Cette vision globale invite à considérer l'ensemble des déterminants de santé – sociaux, économiques, environnementaux, éducatifs – et à décloisonner les interventions. Elle permet de renforcer la cohérence des actions et d'en amplifier l'impact sur le long terme.

Enfin, ce CLS constitue un véritable cadre de collaboration. Il capitalise sur les actions déjà existantes, valorise les initiatives locales et ouvre, dans le même temps, de nouvelles perspectives d'expérimentation. En mobilisant les ressources et les opportunités du territoire, il favorise l'innovation et l'adaptation des réponses aux évolutions des besoins.

Ainsi, ce nouveau Contrat Local de Santé incarne une ambition collective : faire de la santé un levier de cohésion et de qualité de vie durable pour tous les habitants.



Jean-Paul BRÉGEON
Président de Cholet Agglomération



Sébastien DELESCLUSE
Directeur général ARS Pays de la Loire

II. PREAMBULE

En agissant sur les déterminants sociaux, environnementaux, territoriaux ou comportementaux de santé, les collectivités locales disposent de leviers majeurs pour améliorer durablement la santé, la qualité de vie et le bien-être de la population.

Depuis 2015, Cholet Agglomération s'est engagée dans une politique locale de santé ambitieuse et partenariale, à travers deux Contrats Locaux de Santé (CLS) successifs, signés avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) Pays de la Loire. Ce 3e CLS s'inscrit dans la continuité des dynamiques engagées, tout en renforçant l'ambition intercommunale d'agir sur les inégalités sociales et territoriales de santé.

Il a été élaboré en concertation étroite avec les partenaires institutionnels, professionnels de santé, acteurs sociaux, représentants associatifs, services et élus, dans une logique de co-construction et de subsidiarité. Ce nouveau contrat tient compte à la fois des enseignements issus du diagnostic territorial de santé, des priorités exprimées localement par les habitants et les acteurs, et des politiques publiques nationales et régionales.

Le présent CLS s'inscrit pleinement dans le cadre du Projet Régional de Santé 2023–2028 de l'ARS Pays de la Loire, en cohérence avec ses priorités : réduction des inégalités d'accès, promotion de la santé mentale, développement de la prévention et renforcement de la participation des citoyens.
Il se réfère également au Plan Régional Santé Environnement (PRSE 4) 2021–2028, qui appelle à réduire l'impact de l'environnement sur la santé et à favoriser un cadre de vie sain pour tous les Ligériens.

Ce contrat vient formaliser l'engagement de Cholet Agglomération et de ses partenaires à mettre en œuvre des actions structurantes et coordonnées pour répondre aux enjeux de santé identifiés, tout en renforçant la participation des habitants et des communes. Il vise à faire du territoire un laboratoire d'initiatives locales et un levier de mobilisation collective autour d'une santé durable, inclusive et territorialisée.

Le contrat s'articule autour des 5 axes stratégiques suivants :

1. Santé environnementale et cadre de vie favorable à la santé
2. Santé mentale
3. Inégalités sociales et territoriales de santé
4. Communication, participation et gouvernance en santé
5. Accès aux soins

La mise en œuvre des actions du contrat se déroulera sur la période 2026-2030 et fera l'objet d'un suivi et d'une évaluation des résultats de manière régulière et conjointe.

III. CONTEXTE LÉGISLATIF ET RÈGLEMENTAIRE DU CONTRAT LOCAL DE SANTE

A. Les contrats locaux de santé : une déclinaison locale du Projet régional de santé (PRS) des Pays de la Loire

Les contrats locaux de santé ont été institués par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » et consolidés par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Ces dispositions sont intégrées dans le Code de la santé publique à l'article L.1434-10, qui prévoit 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 et social ».

Dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS) 2023-2028 des Pays de la Loire, les CLS sont explicitement identifiés comme un outil privilégié de déclinaison territoriale des orientations régionales. Ils constituent un levier majeur pour traduire localement les priorités du PRS - prévention, accès aux soins, accompagnement médico-social, structuration des parcours de santé - en actions concrètes, adaptées aux besoins et aux spécificités des territoires.

Le PRS affirme en particulier le rôle des CLS dans la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, en favorisant une action de proximité ciblée sur les publics et territoires les plus exposés : quartiers prioritaires, territoires ruraux, populations en situation de précarité, personnes isolées ou éloignées du système de soins. Les CLS permettent ainsi de coordonner des réponses intersectorielles associant santé, social, logement, mobilité, environnement et cadre de vie.

À ce titre, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) souligne que les CLS, adossés à une contractualisation multipartenariale et infra-territoriale, constituent une déclinaison concrète de la programmation des moyens nécessaires à la mobilisation et à la coopération des acteurs locaux. Ils participent également à l'articulation entre les programmes territoriaux de santé portés par l'ARS et les dynamiques locales impulsées par les collectivités, les CPTS, les établissements de santé, les acteurs sociaux et associatifs.

Dans les Pays de la Loire, le CLS est ainsi conçu comme l'outil central de l'action territoriale de l'ARS, associant l'Agence, les collectivités et les partenaires institutionnels autour d'objectifs partagés à moyen terme, alignés sur la durée du PRS. Il vise à structurer des partenariats durables, à améliorer la lisibilité des parcours de santé et à renforcer la capacité collective des territoires à agir sur les déterminants de santé.

Le CLS de Cholet Agglomération s'inscrit pleinement dans cette logique, en tant qu'outil stratégique de territorialisation du PRS 2023-2028, au service d'une action coordonnée, équitable et adaptée aux réalités locales.

B. Les contrats locaux de santé : une démarche partenariale et participative

Le Contrat Local de Santé de Cholet Agglomération est copiloté par l'Agglomération et l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire, en lien étroit avec un ensemble de partenaires institutionnels, professionnels et associatifs, issus des champs de la santé, du médico-social, du social et de l'environnement.

Ce 3e CLS s'appuie sur une démarche intercommunale renforcée, qui associe pleinement les communes membres à l'identification des priorités de santé et à la construction des réponses locales. Il affirme également la place centrale de la coordination territoriale et du travail en transversalité entre les services.

La démarche d'élaboration a reposé sur une dynamique de co-construction collective, articulant expertise professionnelle, participation citoyenne et connaissance fine du territoire. Elle a été nourrie par :

- Un séminaire d'acculturation aux enjeux de santé publique et d'urbanisme favorable à la santé, à destination des élus et services de l'Agglomération et des communes ;
- Une large consultation des habitants (plus de 1 500 répondants) sur leurs besoins, attentes et perceptions en matière de santé, de bien-être, d'accès aux soins et de cadre de vie ;
- Des entretiens thématiques avec les acteurs de terrain pour recueillir leurs constats, leurs expériences et leurs propositions ;
- Deux ateliers participatifs multi-acteurs structurés autour des axes du futur contrat.

Le contrat se décline en fiches actions structurées, hiérarchisées et co-portées, assorties d'un calendrier de mise en œuvre. Leur suivi sera assuré dans la durée, à travers un dispositif de pilotage concerté associant l'ensemble des partenaires engagés.

C. Les priorités d'intervention du CLS de Cholet Agglomération

Le Contrat Local de Santé 2026–2030 de Cholet Agglomération s'articule autour de cinq axes stratégiques, définis à partir des enseignements du diagnostic territorial, des priorités exprimées localement et des orientations du Projet Régional de Santé.

Ces axes visent à améliorer durablement la santé de la population en agissant à la fois sur les déterminants de santé, l'accès aux soins, les vulnérabilités sociales et la mobilisation des acteurs du territoire.

La prévention, sans faire l'objet d'un axe spécifique, irrigue l'ensemble de la stratégie et traverse chacun des cinq axes. Elle a d'ailleurs fait l'objet de nombreux échanges lors de l'élaboration du plan d'actions avec les partenaires du territoire, qui en ont souligné le rôle essentiel à tous les âges de la vie.

Axe 1 : Améliorer les déterminants environnementaux et sociaux de la santé
Objectif : Créer un environnement favorable à la santé pour tous, en agissant sur l'alimentation, le logement, la mobilité et la qualité du cadre de vie.

Axe 2 : Faire de la santé mentale une priorité transversale

Objectif : Renforcer la prévention, l'accessibilité et la prise en compte de la santé mentale sur tout le territoire, à tous les âges.

Axe 3 : Adapter l'action collective aux spécificités des territoires et des publics

Objectif : Garantir que les réponses apportées dans chaque axe du CLS prennent en compte la diversité des contextes locaux (ruralité, QPV, ville-centre...) et des publics vulnérables, afin de maximiser l'impact sur la réduction des inégalités.

Axe 4 : Rendre l'action de santé publique visible et mobilisatrice

Objectif : Valoriser et structurer la communication autour de l'ensemble des initiatives de santé du territoire, pour fédérer et informer l'ensemble des publics.

Axe 5 : Renforcer l'accès aux soins de proximité et la coordination entre acteurs

Objectif : Soutenir l'installation, l'innovation et l'action coordonnée des professionnels pour renforcer l'offre et la continuité des soins.

IV. LES PRINCIPALES PHASES D'ÉLABORATION DU CONTRAT

A. Un diagnostic territorial de santé partagé pour fonder les priorités d'action

Le diagnostic territorial constitue le socle de référence du Contrat Local de Santé. Il permet d'objectiver les enjeux de santé du territoire, de croiser les regards des acteurs et des habitants, et d'éclairer la définition des axes stratégiques et du futur plan d'actions.

Sur Cholet Agglomération, la phase de diagnostic s'est déroulée entre mai et septembre 2025, selon une méthode alliant analyses quantitatives, démarches qualitatives et participation des parties prenantes.

- **Une analyse quantitative pour objectiver les forces et fragilités du territoire**

Cette première étape s'est appuyée sur les données issues de sources nationales (Insee, ARS, ORS, DREES), régionales et locales (notamment l'Analyse des Besoins Sociaux – ABS -, la Convention Territoriale Globale - CTG, le Contrat de ville, le Plan Climat Air Energie Territoire - PCAET…). Elle a permis de dresser un état de santé objectivé de la population, de repérer les disparités entre communes ou quartiers, et d'identifier les enjeux prioritaires à l'échelle de l'Agglomération.

- **Une analyse qualitative pour contextualiser les constats et intégrer les attentes**

Afin d'enrichir les données par le vécu local, plusieurs démarches complémentaires ont été menées :

- Une enquête citoyenne, diffusée en juin 2025 (en ligne et en format papier), a permis de recueillir 1 525 contributions sur les besoins, les habitudes et les priorités des habitants.
- Des entretiens ciblés ont été conduits pour approfondir des thématiques spécifiques, notamment en santé mentale et santé environnementale.
- Un séminaire de sensibilisation aux enjeux de santé publique s'est tenu le 18 septembre 2025, réunissant élus et services autour d'un socle commun de compréhension.

L'ensemble des résultats a été présenté et débattu lors du comité de pilotage du 26 septembre 2025, permettant de valider collectivement les grands constats du diagnostic.

Focus – Ce que disent les habitants : des priorités qui confortent et territorialisent le plan d'actions

Les enseignements de l'enquête habitants confirment les grandes orientations du CLS et apportent des repères utiles pour ajuster la mise en œuvre selon les communes et les publics :

- **Santé mentale :** préoccupation partagée, avec une attente de réponses plus visibles, lisibles et proches des lieux de vie ;
- **Environnement et cadre de vie** : attachement marqué aux ressources naturelles (notamment en milieu rural), avec un enjeu de réponses concrètes face aux préoccupations émergentes liées aux nuisances ou à la pollution ;
- **Accès aux soins et orientation :** difficultés généralisées mais différenciées (saturation en zones urbaines, éloignement/pénurie en milieu rural, manque de disponibilité en QPV), renforçant le besoin de solutions de proximité et d'une meilleure lisibilité des dispositifs.

Ces priorités viennent enrichir la déclinaison opérationnelle et justifient une mise en œuvre cohérente à l'échelle intercommunale, tout en étant ajustée selon les contextes territoriaux.

B. La définition partagée des enjeux et des axes stratégiques

À partir du diagnostic, cinq axes stratégiques ont été définis dans le cadre d'un processus collaboratif associant l'Agglomération, les communes, les professionnels, les institutions et les partenaires associatifs.

Ces axes ont été présentés et validés lors du comité de pilotage du 26 septembre 2025, marquant une étape structurante du processus d'élaboration.

C. L'élaboration collective du plan d'actions

L'Agglomération a engagé une démarche de co-construction pour formaliser les actions du CLS. Deux sessions de travail thématiques ont été organisées les 16 octobre et 6 novembre 2025, rassemblant techniciens, partenaires institutionnels, professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social et représentants d'usagers.

Ces ateliers ont permis de :

- Identifier collectivement des pistes d'actions concrètes en lien avec chaque axe stratégique ;
- Définir les modalités de mise en œuvre, de pilotage et de coordination des actions.

À l'issue de ces travaux, les fiches actions ont été consolidées et présentées au comité de pilotage du 30 janvier 2026 pour validation.

D. L'engagement politique de Cholet Agglomération

Le Conseil communautaire de Cholet Agglomération a validé le contenu opérationnel du CLS, confirmant son engagement à porter une politique locale de santé ambitieuse, transversale et structurée.

La collectivité s'engage à favoriser la mise en œuvre des actions dans le cadre de ses compétences, en lien avec les partenaires institutionnels, professionnels et associatifs. Elle assurera un rôle moteur en matière de coordination, d'animation du réseau local et de mobilisation des ressources.

E. Signature officielle et lancement du programme d'actions

La signature officielle du Contrat Local de Santé est prévue le 8 octobre 2026, en présence des partenaires signataires.

Ce temps fort marquera le lancement officiel du CLS et ouvrira la phase opérationnelle de mise en œuvre des premières actions, à partir du 8 octobre 2026.

V. SYNTHÈSE DU DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE SANTÉ

Territoire de Cholet Agglomération :



A. Fragilités sociales et territoriales

Le diagnostic de santé mené à l'échelle de Cholet Agglomération met en évidence une hétérogénéité territoriale et sociale significative, appelant des réponses différenciées selon les profils du territoire. Si la ville-centre de Cholet concentre l'essentiel des services, des équipements et des professionnels, ses quartiers prioritaires cumulent précarité, isolement et besoins importants en santé. À l'autre extrémité, les communes rurales se caractérisent par un vieillissement plus marqué, un accès plus difficile aux soins et un risque d'isolement renforcé.

Sur le plan sociodémographique, l'Agglomération connaît une croissance modérée, un vieillissement progressif de la population et une évolution des structures familiales vers davantage de foyers isolés et

monoparentaux. Les fragilités sociales sont marquées dans certains quartiers et chez certains publics (femmes, jeunes, familles monoparentales), avec un taux de pauvreté élevé dans les Quartiers Prioritaires de la Ville (QPV) de Cholet. Ces constats renforcent l'enjeu d'un CLS conçu comme une réponse territorialisée aux inégalités sociales et environnementales de santé, en articulation avec les réalités locales.

B. État de santé des habitants

L'état de santé global des habitants de Cholet Agglomération ne révèle pas de situation sanitaire alarmante au regard des indicateurs de morbidité ou de mortalité, mais met en évidence des fragilités et des inégalités sociales et territoriales de santé. La prévalence des maladies chroniques est globalement proche des moyennes régionales, mais certaines pathologies, comme le diabète, apparaissent plus fréquentes et fortement corrélées aux déterminants sociaux (conditions de vie, alimentation, sédentarité). Ces enjeux sont renforcés par le vieillissement progressif de la population, en particulier dans les communes rurales, et par des situations de précarité marquées dans les quartiers prioritaires de la ville-centre.

Les données de prévention confirment par ailleurs des écarts significatifs selon les publics et les territoires. La participation aux dépistages organisés des cancers reste insuffisante, en particulier pour le cancer colorectal et le dépistage du col de l'utérus, tandis que certaines couvertures vaccinales, notamment contre la grippe chez les personnes âgées, demeurent en deçà des objectifs nationaux. En parallèle, les addictions constituent un enjeu majeur de santé publique, notamment chez les jeunes, avec une intensification des usages et une activité en forte hausse des structures spécialisées du territoire. Enfin, si Cholet Agglomération bénéficie d'un environnement sportif riche et reconnu, l'accès effectif à l'activité physique reste inégal, en particulier pour les publics les plus vulnérables. Ces constats soulignent la nécessité d'une action renforcée en prévention, en accompagnement des parcours et en réduction des inégalités de santé, en s'appuyant sur les dynamiques existantes et les partenariats locaux.

C. Des publics particulièrement exposés aux inégalités de santé

Au sein de Cholet Agglomération, plusieurs catégories de population se trouvent en situation de vulnérabilité renforcée face aux déterminants de santé, avec des besoins spécifiques à mieux prendre en compte dans les politiques publiques. Les personnes âgées, de plus en plus nombreuses, sont particulièrement concernées par l'isolement, la perte d'autonomie et les difficultés d'accès aux soins, notamment en zone rurale. Malgré l'existence de ressources médico-sociales et de dynamiques de coordination déjà engagées, notamment en direction des publics âgés, des tensions persistent, notamment dans les services à domicile. Ces fragilités peuvent complexifier les parcours des seniors et la lisibilité de l'offre pour les familles et les aidants. Dans ce contexte, le projet de Centre de Ressources Territorial constitue une avancée structurante pour consolider la coordination existante, améliorer la continuité des prises en charge et renforcer le soutien aux aidants.

Les jeunes représentent une population à soutenir de manière renforcée, en raison de fragilités multiples identifiées sur le territoire : précarité économique, situations de décrochage, mal-être psychique, difficultés d'insertion. La présence de structures comme la Maison des Adolescents constitue un appui précieux, mais les besoins restent importants, notamment dans les quartiers prioritaires.

De même, les personnes en situation de handicap peuvent être confrontées à des obstacles dans leurs parcours de santé, liés à des problématiques de mobilité, à des ruptures de prise en charge lors des transitions de vie, ou encore à une coordination parfois perfectible entre les secteurs.

Ces constats invitent à consolider les complémentarités entre les champs sanitaire, social et médico-social, à renforcer la lisibilité de l'offre et à favoriser une accessibilité accrue des services, tout au long des parcours de vie.

D. Santé mentale

La santé mentale est apparue comme une priorité majeure au fil du diagnostic partagé, tant par l'analyse des données disponibles que par les constats des acteurs de terrain. Les signes de souffrance psychique sont préoccupants, tous âges confondus, et la complexité des situations s'intensifie. Cette tendance s'observe notamment chez les jeunes, pour qui les troubles anxieux, les conduites addictives ou encore les comportements à risque deviennent de plus en plus fréquents, sans toujours trouver de réponse adaptée en termes de prévention, de repérage ou d'accompagnement.

Dans ce contexte, les professionnels de première ligne expriment un besoin croissant d'appui, de relais spécialisés et de coordination renforcée autour des situations complexes. La dynamique du Conseil Local en Santé Mentale (CLSM) constitue un levier essentiel pour favoriser l'interconnaissance, fluidifier les parcours et renforcer la réponse collective aux enjeux de santé mentale. Les dynamiques existantes sont à valoriser, mais des perspectives d'évolution ont été largement soutenues lors des échanges territoriaux. En particulier, l'élargissement du périmètre du CLSM à la santé mentale des jeunes a été unanimement plébiscité par les partenaires, dans un souci de continuité des parcours et de meilleure prise en compte des fragilités émergentes dès l'enfance. Cette orientation renforce le rôle du CLS comme outil stratégique de pilotage territorial et de mobilisation des ressources dans une logique inter-âges.

E. Santé environnementale et cadre de vie favorable à la santé

La santé environnementale constitue un levier majeur d'amélioration durable de la santé et du bien-être des habitants de Cholet Agglomération. Elle recouvre des enjeux multiples, étroitement liés aux conditions de vie quotidiennes : qualité de l'air et de l'habitat, exposition aux nuisances, accès à la nature et aux espaces végétalisés et de nature, modes de déplacement, alimentation, ou encore environnement des jeunes enfants. Dans un contexte de changement climatique et de transition écologique, ces déterminants prennent une importance croissante, tant pour prévenir les maladies chroniques que pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Le diagnostic met en évidence des vulnérabilités environnementales différenciées selon les territoires et les publics : îlots de chaleur et faible couverture végétale dans la ville-centre, dépendance à la voiture et précarité énergétique dans les communes rurales, exposition renforcée des publics fragiles (enfants, personnes âgées, ménages précaires). Face à ces constats, Cholet Agglomération dispose néanmoins de leviers structurants déjà engagés – Plan Climat Air Énergie Territorial (PCAET), Plan d'Action pour la Qualité de l'Air, Projet Alimentaire Territorial (PAT), politiques de mobilité et d'aménagement – qui offrent une base solide pour renforcer les liens entre politiques d'environnement, de cadre de vie et de santé.

F. Accès aux soins

Le territoire de Cholet Agglomération présente des disparités notables d'accès aux soins, liées à une densité médicale globalement inférieure aux moyennes départementale et nationale, et à une répartition inégale des professionnels de santé. Certains secteurs ruraux cumulent les vulnérabilités (vieillissement, isolement, faible offre de soins de premier recours), malgré les dispositifs incitatifs mis en place (ZIP, ZAC). Ces fragilités concernent également les professionnels paramédicaux, dont la présence est hétérogène selon les zones. L'offre de soins spécialisée, notamment portée par des établissements structurants comme le Centre hospitalier de Cholet et la Polyclinique du Parc, reste incomplète dans plusieurs disciplines libérales (psychiatrie, dermatologie, gynécologie), limitant l'accessibilité à certaines prises en charge.

Dans ce contexte, plusieurs leviers locaux existent : les centres municipaux de santé, les maisons de santé pluriprofessionnelles, la CPTS du Choletais ou encore le Plan d'attractivité médicale porté par l'Agglomération. Ces dispositifs contribuent à structurer une offre de soins plus lisible et coordonnée. L'enjeu est désormais de consolider les articulations entre ces initiatives, de renforcer l'appropriation des dispositifs par les professionnels, et d'élargir les dynamiques de coordination à l'échelle de l'ensemble du territoire.

Pour aller plus loin :
L'ensemble des données quantitatives et qualitatives ayant nourri l'analyse territoriale est détaillé dans le livrable complet du diagnostic.
La présente section n'en propose qu'une synthèse, recentrée sur les points clés ayant contribué à la définition des axes stratégiques et du plan d'actions du CLS.

VI. LE CONTRAT LOCAL DE SANTÉ 2026-2030

Vu les articles L.1434-2 et L.1434-10 du Code de la santé publique ;
Vu le diagnostic partagé, réalisé de mai à septembre 2025, préalablement à la rédaction du présent Contrat Local de Santé ;
Vu la validation des axes stratégiques du CLS en comité de pilotage du 26 septembre 2025 ;
Vu la validation des fiches actions en comité de pilotage le 30 janvier 2026 ;

Article 1 : Parties signataires

Le présent Contrat Local de Santé est conclu entre :

- **Cholet Agglomération,** représentée par Monsieur Jean-Paul BRÉGEON, Président,
- **L'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire,** représentée par Monsieur Sébastien DELESCLUSE, Directeur Général,
- **La Préfecture de Maine-et-Loire,** représentée par Monsieur François PESNEAU, Préfet,
- **Le Conseil Départemental de Maine-et-Loire,** représenté par Madame Florence DABIN, Présidente,
- **La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Maine-et-Loire,** représentée par Madame Bénédicte SAMSON, Directrice,
- **La Mutualité Sociale Agricole de Maine-et-Loire,** représentée par Madame Anne GAUTIER, Présidente,
- **La Caisse d'Allocations Familiales de Maine-et-Loire,** représentée par Madame Cécile BONAMY, Directrice.
- **Les maires des communes membres de Cholet Agglomération.**

Article 2 : Engagements des signataires socles

Par leur signature, les partenaires s'engagent à :

- Partager une vision commune des enjeux de santé du territoire, en reconnaissant le diagnostic partagé et les priorités définies dans le Contrat Local de Santé, et à les prendre en considération dans la mise en œuvre de leurs actions, projets et politiques.
- Contribuer à la gouvernance du Contrat Local de Santé, en participant aux différentes instances de pilotage et de suivi (comité de pilotage, comité technique, suivi des appels à projets, groupes de travail le cas échéant), et en désignant des référents identifiés pour assurer la liaison avec la démarche.
- Participer activement à la mise en œuvre du Contrat Local de Santé, en mobilisant, selon leurs compétences et leurs possibilités : des moyens humains ; leur expertise ; leurs réseaux et capacités de relais auprès des publics et partenaires ; le partage de données et d'informations utiles au suivi des actions ; et, lorsque cela est pertinent et possible ; des appuis techniques, matériels ou financiers.

Cette signature traduit une volonté partagée de contribuer à la dynamique partenariale du Contrat Local de Santé et à l'atteinte de ses objectifs, dans le périmètre des missions et compétences de chaque signataire.

Article 3 : Les axes stratégiques et fiches actions

NUMÉRO DES FICHES ACTIONS	INTITULÉS
AXE STRATÉGIQUE 1 : SANTÉ ENVIRONNEMENTALE ET CADRE DE VIE	
Fiche-action n° 1	Encourager la biodiversité et ses effets positifs sur la santé
Fiche-action n° 2	Renforcer la marchabilité du territoire dans une approche d'urbanisme favorable à la santé (UFS)
Fiche-action n° 3	Améliorer l'accès à une alimentation saine et de proximité
Fiche-action n°4	Soutenir un environnement de vie favorable à la santé dans les 1 000 premiers jours de l'enfant et la petite enfance
Fiche-action n°5	Informer et sensibiliser durablement aux enjeux du radon et de la qualité de l'air intérieur
AXE STRATÉGIQUE 2 : SANTÉ MENTALE	
Fiche-action n° 6	Santé mentale des jeunes : renforcer l'accès à la prévention et au soutien dans les lieux du quotidien
Fiche-action n° 7	Santé mentale et précarité : aller vers les publics vulnérables et renforcer les solidarités locales
Fiche-action n° 8	Créer une culture partagée de la santé mentale sur le territoire
Fiche-action n° 9	Renforcer la pair-aidance et les espaces d'inclusion citoyenne en santé mentale
AXE STRATÉGIQUE 3 : INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES	
Fiche-action n° 10	Renforcer les réseaux de solidarité et les espaces d'entraide de proximité
Fiche-action n° 11	Expérimenter un dispositif de répit pour les aidants : le baluchonnage handicap
Fiche-action n° 12	Développer des dispositifs mobiles et des partenariats santé-social pour aller vers les publics éloignés du soin
AXE STRATÉGIQUE 4 : COMMUNICATION, PARTICIPATION ET GOUVERNANCE	
Fiche-action n° 13	Valoriser les actions de santé et renforcer leur visibilité auprès de tous
Fiche-action n° 14	Renforcer la participation des habitants dans les politiques et actions de santé
Fiche-action n° 15	Intégrer la santé dans les projets des services et des communes et structurer la coordination entre communes

AXE STRATÉGIQUE 5 : ACCES AUX SOINS	
Fiche-action n° 16	Améliorer l'orientation dans le système de santé et l'accès aux soins via la médiation et l'éducation à la santé
Fiche-action n° 17	Soutenir l'installation et l'ancrage des professionnels de santé
Fiche-action n° 18	Créer des passerelles entre les professionnels de santé, du social et les acteurs locaux

Axe 1 : Santé environnementale et Cadre de vie favorable à la santé

Fiche action n°1 : *Encourager la biodiversité et ses effets positifs sur la santé*

Argumentaire	Le cadre de vie constitue un déterminant essentiel de la santé et du bien-être. La présence de nature, de biodiversité et d'espaces végétalisés contribue à diminuer le stress, favoriser l'activité physique, améliorer la qualité de l'air et réguler les températures en période de chaleur. Cholet Agglomération dispose de nombreux équipements publics (espaces verts, aires de jeux, sentiers), mais des disparités territoriales persistent : dépendance à la voiture, habitat dense sans végétalisation, précarité énergétique… De plus, les aménagements existants sont parfois peu connus, peu utilisés ou mal adaptés à tous les publics. Les habitants expriment un besoin fort d'espaces de nature de proximité, accessibles, ombragés, conviviaux, favorisant les liens sociaux, l'activité physique et la détente.
Objectif de l'action / résultat(s) que l'on souhaite atteindre	Accompagner les communes de l'Agglomération, en particulier les communes rurales et les quartiers prioritaires, dans la mise en œuvre d'aménagements végétalisés simples, inclusifs et durables, pour améliorer le cadre de vie, renforcer la santé globale des habitants (physique, mentale et sociale), et favoriser la résilience du territoire face aux effets du changement climatique.

Description de l'action => Etapes de mise en œuvre	**1. Diagnostic et mobilisation**
	
	• Inventaire des espaces végétalisés : bois, squares, sentiers, cours d'école, etc.
	• Analyse des usages, de la fréquentation, de la qualité des espaces, de la canopée, de la ventilation naturelle.
	• Recensement des outils de médiation et de communication existants.
	• Sensibilisation des élus aux liens biodiversité-santé-climat.
	• Identification des acteurs locaux et partenaires.
	
	2. Co-construction et expérimentation
	
	• Priorisation des zones à enjeux (QPV, habitat collectif dense, centres-bourgs ruraux).
	• Définition de projets d'aménagement innovants, coconstruits avec les habitants :
	  ○ jardins comestibles partagés,
	  ○ boîtes de prêt multi-activités (jeux, lectures, bien-être),
	  ○ parcours nature et bien-être,
	  ○ parcours fraîcheur reliant les zones denses aux îlots de verdure.

	• Expérimentation dans un quartier prioritaire et une commune rurale. • Suivi des retours d'usage et capitalisation.

Public visé	• Habitants, avec une attention particulière portée :
	  ○ aux résidents d'habitat collectif dense (notamment en QPV),
	  ○ aux habitants des cœurs de bourg ruraux.
	• Enfants et familles via les établissements scolaires, les crèches, les accueils de loisirs.
	• Elus locaux, agents des services techniques, urbanisme, espaces verts, sport, santé.

Pilotage de l'action	• Cholet Agglomération
Partenaires	• Associations environnementales (CPIE, LPO…) • Centres sociaux, régies de quartier • Crèches, écoles, accueils de loisirs • CAUE • Bailleurs sociaux • ARS, DREAL • Services de l'Agglomération • Élus et services municipaux • Associations citoyennes locales • Clubs et structures sportives locales
Typologie de l'action	Aménagements existants à valoriser, actions à structurer et développer. L'action vise à mieux articuler les projets existants et à expérimenter des démarches reproductibles, à l'échelle intercommunale.
Durée de l'action	Pluriannuelle (2027–2030)
Calendrier de mise en œuvre	2027 : Inventaire des espaces, cartographie, identification des zones d'enjeu 2028-2029 : Sensibilisation des élus, repérage des acteurs, co-construction des projets, expérimentation dans deux territoires pilotes (QPV + rural) 2030 : Evaluation, essaimage et nouvelles expérimentations
Moyens à mettre en œuvre	**Moyens humains** • Agents des services de l'Agglomération (espaces verts, santé, urbanisme, sports, QPV…) • Partenaires associatifs (CPIE, LPO, CAUE…) • Professionnels de l'éducation, de la petite enfance et du sport • Habitants, dans une logique participative **Moyens financiers** • Fonds verts • Contrat de ville Quartiers 2030 • Appels à projets de l'ARS, DREAL, DRAAF • Budgets communaux / Agglomération (cadre de vie, biodiversité, santé) **Moyens techniques et logistiques** • Plateforme de partage de la cartographie (SIG, outils numériques) • Supports de communication (plans, affichages, signalétique) • Matériel d'animation (mallette nature, boîtes à jeux…)

Quelle communication sur l'action ? Auprès de qui ?	**Cibles** • Habitants (familles, jeunes, seniors…) • Elus, techniciens municipaux • Établissements scolaires et crèches • Partenaires institutionnels et associatifs **Supports et canaux** • Cartes interactives et affichages dans les lieux publics • Réseaux sociaux, journaux municipaux • Ateliers participatifs, balades santé • Affichages en QPV et cœur de bourgs
Evaluation	**Indicateurs de processus** • Nombre d'espaces recensés / valorisés / créés • Surface végétalisée créée ou restaurée (m² / habitant) • Nombre de projets participatifs mis en œuvre • Nombre de participants aux animations nature • Fréquentation des espaces (comptages / enquêtes) **Indicateurs de résultats** • Taux de satisfaction des habitants • Retours d'usage sur les aménagements • Évolution de la fréquentation des espaces végétalisés • Augmentation de la canopée / qualité des sols / îlots de fraîcheur • Effets perçus sur la santé mentale et le bien-être
Conditions de réussite	• Implication des communes dès la phase de diagnostic • Co-construction avec les habitants, en particulier les jeunes et les familles • Appropriation par les techniciens (espaces verts, bâtiments, aménagement…) • Soutien des élus pour inscrire ces projets dans les politiques locales • Mise en synergie avec les démarches existantes (PAQA, PLUi, PCAET…)
Points de vigilance, risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.	• Impliquer les habitants dès la conception des aménagements, en particulier dans les quartiers prioritaires et les bourgs ruraux. • Mobiliser les communes et les services techniques dans une logique transversale (urbanisme, espaces verts, sport, santé, éducation…). • Éviter les approches uniquement esthétiques : privilégier des aménagements simples, accessibles, utiles et bien entretenus. • Appuyer la démarche sur des initiatives existantes (cours d'école, régies de quartier, démarches « École du dehors »…) et expérimenter sur des territoires pilotes. • Développer une culture commune santé-nature-climat chez les élus, les agents et les partenaires, en diffusant des outils partagés et des retours d'expérience.

Axe 1 : Santé environnementale et Cadre de vie favorable à la santé

Fiche action n°2 : *Renforcer la marchabilité du territoire dans une approche d'urbanisme favorable à la santé (UFS)*

Argumentaire	La mobilité constitue un déterminant transversal majeur de la santé. Elle conditionne l'accès aux soins, aux services essentiels, à l'emploi, à une vie sociale active, ainsi qu'aux équipements favorables à la santé (espaces végétalisés ou de nature, marchés, structures sportives…). Or, sur Cholet Agglomération, la dépendance à la voiture reste très forte, en particulier dans les zones rurales ou périurbaines : 70 % des actifs utilisent leur voiture pour se rendre au travail, contre moins de 5 % pour les transports en commun. Les enjeux de santé publique (sédentarité, maladies chroniques, santé mentale) et environnementaux (qualité de l'air, bruit, îlots de chaleur, émissions de GES) appellent à une transformation des espaces pour promouvoir les mobilités actives. L'urbanisme favorable à la santé (UFS) permet cette évolution en repensant l'aménagement et nos cadres de vie en faveur, notamment, de la marche, en particulier pour les publics vulnérables.
Objectif de l'action / résultat(s) que l'on souhaite atteindre	• Inciter (sans injonction) les habitants à se déplacer plus facilement à pied en améliorant l'attractivité, la sécurité et la lisibilité des cheminements, dans une logique d'inclusion, de transition écologique et de prévention en santé. • Valoriser les initiatives locales existantes et faciliter leur essaimage.
Description de l'action => Etapes de mise en œuvre	1. **Réalisation d'un diagnostic de marchabilité** (en lien avec les données du PCAET, du SCoT, du PLUi H et du schéma mobilité), avec des indicateurs mobilisateurs pour les services. 2. **Organisation de marches exploratoires avec les habitants** (en priorité seniors, personnes en situation de handicap, enfants, femmes, familles) dans un objectif de sensibilisation et de remontée des besoins. 3. **Déploiement de la signalétique directionnelle piétonne** (distances en minutes, plans de quartier, orientation vers espaces végétalisés ou de nature, infrastructures sportives et culturelles…) pour mettre en avant les aménagements existants et inciter à la mobilité active. 4. **Réalisation d'aménagements de voirie et de mobilier urbain** (bancs ergonomiques, traversées sécurisées, ombrages, points d'eau, sanitaires, éclairage, etc.). 5. **Intégration progressive et à titre exploratoire des enjeux de marchabilité** dans les projets urbains et certains documents de planification. 6. **Actions de sensibilisation** via des nudges, cartes des parcours frais, ateliers mobilité.

	7. **Acculturation des services de l'Agglomération à l'UFS et à la notion de marchabilité,** en lien avec les directions concernées.
Public visé	Tous les habitants, avec un focus sur : • Seniors, • Personnes en situation de handicap ou à mobilité réduite, • Familles, • Jeunes et enfants, • Personnes précaires ou isolées, • Femmes (dans une logique de sécurité perçue).
Pilotage de l'action	Coordination CLS, en lien avec les directions concernées.
Partenaires	• ARS • Conseil départemental • Communes membres • Services de l'Agglomération • Associations d'usagers • DREAL, CAUE 49 • Ademe • Cerema • Associations environnementales • Professionnels de santé • Gérontopôle des Pays de la Loire (dispositif PréSA) • Professionnels du sport et de l'éducation • SRAE Nutrition • Transports Publics du Choletais (TPC) • Office du Tourisme
Typologie de l'action	Action nouvelle, à inscrire dans une stratégie territoriale croisée (mobilité, urbanisme, santé, climat).
Durée de l'action	Pluriannuelle (2026–2030), avec une mise en œuvre progressive (par secteur géographique ou public prioritaire)
Calendrier de mise en œuvre	• 2026 : diagnostic de marchabilité, mobilisation et acculturation des services, identification de territoires pilotes (ex : Lys-Haut-Layon dans le cadre du dispositif PréSA, QPV en articulation avec la gestion urbaine de proximité – GUP …) • 2027–2028 : marches exploratoires, expérimentations signalétiques et premiers aménagements • 2029–2030 : élargissement progressif et évaluation
Moyens à mettre en œuvre	**Humains :** coordination CLS, agents des services concernés, intervenants experts en UFS et design actif. **Financiers :** ARS, Ademe, DREAL, autres financeurs selon projets.
Quelle communication sur l'action ? Auprès de qui ?	• Supports pédagogiques et visuels dans l'espace public • Valorisation des initiatives et dynamiques existantes sur le territoire (ex : randonnées du patrimoine, parcours orientation…) • Communication ciblée auprès des habitants (via maisons de quartier, centres sociaux, structures de santé) • Diffusion multicanale (applications numériques, outils touristiques…) • Cartographie interactive des cheminements

Evaluation	• Nombre de communes engagées dans la démarche • Nombre de marches exploratoires réalisées / marcheurs • Nombre d'aménagements mis en œuvre • Part des habitants déclarant marcher davantage qu'il y a un an (enquête) • Réduction du renoncement à la marche (enquête) • Perception d'un environnement plus favorable (baromètre santé/environnement)
Conditions de réussite	• Identification d'opportunités concrètes d'aménagement (opérations à venir, communes pilotes) • Coopération renforcée et acculturation progressive entre services (sports, urbanisme, aménagement, santé, voirie, mobilité…) • S'appuyer sur les outils, initiatives et équipements existants pour enclencher la dynamique • Capacité à adapter les actions aux spécificités rurales
Points de vigilance, risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.	• Dispersion des interlocuteurs et des responsabilités techniques • Nécessité d'une appropriation locale forte (éviter les démarches descendantes) • Prise en compte des contraintes budgétaires, notamment pour les communes rurales • Acculturation progressive nécessaire à l'UFS et aux bénéfices santé / environnement • Prévoir des usages réellement inclusifs : PMR, enfants, femmes, personnes isolées…

Axe 1 : Santé environnementale et Cadre de vie favorable à la santé

Fiche action n°3 : *Améliorer l'accès à une alimentation saine et de proximité*

Argumentaire	L'accès à une alimentation saine, durable et de qualité constitue un levier déterminant pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Or, de nombreuses familles du territoire recourent à l'aide alimentaire sans toujours accéder à des produits frais ou équilibrés. En parallèle, des initiatives locales (paniers du Planty du CCAS de Cholet, jardins partagés, actions éducatives, projets avec les centres sociaux ou établissements scolaires…) montrent le potentiel d'un ancrage territorial fort autour de l'alimentation. Structurer ces démarches à l'échelle intercommunale, en les articulant avec les enjeux nutritionnels, environnementaux et sociaux, permettra de renforcer l'accès universel à une alimentation saine et de proximité. Relancer la réflexion autour d'un Projet Alimentaire Territorial (PAT) serait un levier structurant.
Objectif de l'action / résultat(s) que l'on souhaite atteindre	Soutenir et structurer une politique locale de l'alimentation : • Favoriser l'accès à une alimentation de qualité, de proximité et de saison pour tous, en particulier pour les publics en situation de précarité. • Valoriser les dynamiques éducatives et sociales autour de l'alimentation durable, en s'appuyant sur les acteurs du territoire.
Description de l'action => Etapes de mise en œuvre	**Volet 1 - Structurer l'aide alimentaire et l'approvisionnement de proximité** • Réaliser un état des lieux des dynamiques existantes sur le territoire de l'Agglomération autour de l'alimentation. • Consolider les collaborations entre les communes, les CCAS, les associations d'aide alimentaire (Banque Alimentaire, Croix-Rouge, Restos du Cœur…), les producteurs locaux et les structures d'insertion. • Accompagner les structures pour favoriser l'intégration de produits locaux, de saison, dans les aides alimentaires existantes (ex. Paniers du Planty, Résidence Habitat Jeunes du Choletais). • Explorer le développement de jardins d'insertion dont une partie de la production pourrait être destinée à ces circuits. • S'appuyer sur les lieux d'accueil parents - enfants pour relayer l'offre existante en matière d'alimentation et d'orientation de premier niveau, en réponse aux besoins exprimés. **Volet 2 - Déployer des parcours éducatifs autour de l'alimentation** • Identifier, mutualiser et renforcer les actions existantes

	(ateliers cuisine, jardins comestibles, interventions de nutritionnistes…). • Co-construire avec les centres sociaux et les établissements scolaires des parcours d'éducation à l'alimentation et à l'équilibre alimentaire, adaptés aux réalités des familles. • Expérimenter un parcours complet dans un centre social pilote. • Créer des outils partagés, transférables sur l'ensemble du territoire de l'Agglomération.
Public visé	• Habitants du territoire, avec une attention particulière aux familles en situation de précarité. • Enfants et jeunes (dont les étudiants), via les écoles, centres de loisirs, structures socio-éducatives, université. • Parents via les lieux d'accueil, ateliers familles, centres sociaux. • Professionnels relais (animateurs, travailleurs sociaux, enseignants…).
Pilotage de l'action	• Pilotage stratégique assuré par l'Agglomération. • Co-pilotage opérationnel à définir selon les dynamiques locales.
Partenaires	• CCAS, centres sociaux, régies de quartier • Associations d'aide alimentaire (Banque Alimentaire, Restos du Cœur, Croix-Rouge…) • Structures d'insertion • Producteurs locaux, AMAP • Établissements scolaires • SRAE Nutrition, CPIE • ARS, CAF, CPAM • CPTS • Etablissements de santé • Lieux d'accueil enfants-parents • Maison du Département • PMI
Typologie de l'action	Action existante à renforcer et structurer. Il s'agit de fédérer, appuyer et étendre des démarches déjà engagées, en leur donnant une cohérence territoriale et stratégique.
Durée de l'action	Pluriannuelle : 2027–2030 Action inscrite dans le temps long, avec des phases de consolidation, d'expérimentation et de déploiement progressif.
Calendrier de mise en œuvre	• 2027 : Recensement des initiatives existantes, mobilisation des partenaires, structuration du groupe de travail et cadrage stratégique • 2028-2029 : Lancement des actions pilotes • 2029-2030 : Capitalisation, essaimage progressif, lien avec le PAT éventuel
Moyens à mettre en œuvre	**Moyens humains :** • Mobilisation des équipes des acteurs et partenaires du territoire (CCAS, centres sociaux, agents de la collectivité…) • Soutien des partenaires (SRAE, CPIE, associations…) • Coordination via le CLS (cohérence, suivi, essaimage)

	Moyens financiers (à calibrer) • Achat de matériel pédagogique • Appui aux projets éducatifs et ateliers familles • Soutien aux structures d'insertion ou producteurs partenaires • Appels à projets (nutrition, précarité alimentaire, transition alimentaire…) : CAF (Fond National Parentalité), MSA (Grandir en Milieu Rural). **Moyens techniques et logistiques** • Lieux d'animation : centres sociaux, écoles, maisons de quartier… • Outils communs de suivi et d'évaluation (fiche action CLS, tableaux de bord, supports mutualisés…)
Quelle communication sur l'action ? Auprès de qui ?	**Cibles** • Familles (via les structures de proximité) • Professionnels relais (centres sociaux, enseignants…) • Partenaires institutionnels et politiques **Supports** • Supports pédagogiques et ateliers dans les structures éducatives • Valorisation des initiatives réussies pour favoriser l'adhésion et l'essaimage
Evaluation	• Nombre de bénéficiaires des dispositifs d'aide alimentaire ayant eu accès à un accompagnement complémentaire (atelier nutrition, sensibilisation…) • Nombre d'ateliers et de participants aux parcours éducatifs • Évolution des pratiques alimentaires déclarées (via questionnaires, entretiens…) • Taux de participation des structures ciblées (centres sociaux, écoles…) • Nombre de partenaires engagés
Conditions de réussite	• Une coordination solide entre les différents acteurs et partenaires intervenant autour de cette thématique • Une logique de co-construction avec les habitants, pour adapter les actions à leurs besoins • Une valorisation des actions déjà existantes pour éviter la redondance • Un soutien politique affirmé, notamment pour le lancement d'un PAT
Points de vigilance, risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.	• Éviter une approche descendante ou stigmatisante sur les comportements alimentaires • Tenir compte des contraintes des associations d'aide alimentaire (logistique, stockage, approvisionnement…) • Garantir la pérennité des partenariats et des financements

Axe 1 : Santé environnementale et cadre de vie favorable à la santé

Fiche action n°4 : *Soutenir un environnement de vie favorable à la santé dans les 1 000 premiers jours de l'enfant et la petite enfance*

Argumentaire	Les 1000 premiers jours de l'enfant constituent une période déterminante pour son développement, mais également une fenêtre de vulnérabilité accrue aux expositions environnementales (polluants intérieurs, perturbateurs endocriniens, alimentation, conditions de logement…). Sur ce sujet, les professionnels de la petite enfance ont exprimé un besoin fort d'information, d'outillage et de coordination. À Cholet, une dynamique a été engagée avec succès à travers deux journées pédagogiques en novembre 2024 ayant permis de sensibiliser plus de 100 professionnels des établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) aux enjeux de santé environnementale : ateliers nesting, qualité de l'air, cosmétiques, alimentation, ventilation… Cette action a généré une prise de conscience significative, des premiers ajustements de pratiques (tri des jouets, choix de couches aligné sur la maternité), et de nouvelles perspectives partenariales (PMI, RPE, centres sociaux…). En parallèle, le service Petite Enfance de la Ville / CCAS de Cholet a poursuivi une dynamique structurante sur ces enjeux, avec notamment la désignation d'une référente santé, la participation à des formations (Nesting, FEES), et une réflexion engagée autour de la renaturation des espaces extérieurs des structures, afin de renforcer la qualité des environnements d'accueil au quotidien. Cette dynamique locale est renforcée par la reconnaissance du Centre hospitalier de Cholet, qui a obtenu, en décembre 2025, le label international « Hôpital ami des bébés », valorisant la qualité de l'accueil et des soins en maternité, salle de naissance et néonatalogie. Plus largement, plusieurs initiatives existent déjà : protocoles du CH de Cholet, ateliers nesting dans les maisons de santé et les services de PMI, PCAET intégrant la qualité de l'air… Ces démarches doivent désormais être consolidées, coordonnées et élargies à l'échelle intercommunale, pour que l'ensemble des familles du territoire puissent bénéficier d'un environnement de vie plus sain, dès la petite enfance. Cette action s'inscrit dans les orientations du Plan Régional Santé Environnement (PRSE4), de la charte nationale d'accueil du jeune enfant, de la stratégie des 1000 premiers jours et dans la construction du service public de la petite enfance, ainsi que dans les ambitions du Contrat Local de Santé et de la Convention Territoriale Globale (CTG).

Objectif de l'action / résultat(s) que l'on souhaite atteindre	L'objectif de cette action est de favoriser un environnement de vie plus sain, serein et équitable dès la grossesse, en renforçant l'information, l'accompagnement et la coordination entre les acteurs petite enfance, santé et collectivités. L'action vise plus précisément à : • Outiller et accompagner les professionnels de la petite enfance (EAJE, assistants maternels, PMI, centres sociaux…) sur les risques environnementaux précoces et les bonnes pratiques du quotidien (alimentation, cosmétiques, qualité de l'air, hygiène, mobilier, etc.) ; • Sensibiliser les familles sans culpabilisation, en s'appuyant sur les lieux connus et accessibles (crèches, domicile, relais petite enfance, assistantes maternelles…) ; • Renforcer la cohérence territoriale entre les communes de l'agglomération en structurant une démarche commune, au-delà de la seule ville de Cholet ; • Développer des partenariats durables avec les services de PMI et les professionnels de santé, pour consolider les messages de prévention primaire, articuler les actions existantes, et identifier de nouveaux leviers (transvasement, parentalité, santé environnementale…) ; • Intégrer l'ensemble des services de l'Agglomération concernés dans la démarche (services techniques, espaces verts, bâtiments…) ; • Inscrire l'Agglomération dans une dynamique exemplaire, en lien avec les objectifs du PRSE4, de la charte nationale d'accueil du jeune enfant, et des orientations du CLS. **Résultats attendus :** • Un socle commun de sensibilisation mis en œuvre dans l'ensemble des EAJE (publics et privés) du territoire, • Des messages harmonisés entre les structures Petite Enfance, les PMI, et les relais d'assistants maternels, • Une montée en compétence des professionnels sur la santé environnementale (formés ou relais formés), • Des projets pilotes intégrés dans les réhabilitations ou constructions d'équipements Petite Enfance (QAI, matériaux sains…), • Un maillage renforcé entre professionnels autour du soutien à la parentalité, la prévention et l'environnement de l'enfant,
Description de l'action => Etapes de mise en œuvre	• **Cadrage de l'action avec la PMI et les acteurs petite enfance :** validation des objectifs, repérage des dynamiques existantes, priorisation des thématiques.

	• **Constitution d'un groupe de travail intercommunal :** PMI, EAJE, RPE, ARS, CAF, services communaux, professionnels de santé, centres sociaux… • **Déploiement d'un socle de sensibilisation** (formations, outils, ateliers) en s'appuyant sur l'expérience choletaise. • **Expérimentation locale dans 2–3 communes pilotes :** projets familles, articulation santé-logement, actions en proximité. • **Communication non culpabilisante, adaptée aux publics, portée par des professionnels-relais.** • **Suivi, capitalisation, essaimage** sur les autres communes à moyen terme.
Public visé	• Les jeunes enfants et leurs familles, notamment les femmes enceintes, les jeunes parents et les fratries. • Les professionnels de la Petite Enfance : personnels des établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE), assistants maternels, agents d'entretien, éducateurs, puéricultrices, sage-femmes, professionnels de la PMI, relais petite enfance… • Les professionnels de santé : médecins généralistes, pharmaciens, sage-femmes, MSP, CPTS… • Les acteurs sociaux et relais de proximité : centres socio-culturels, associations (ex « Familles rurales ») • Les collectivités locales : élus et services (petite enfance, urbanisme, bâtiments, espaces verts, achats).
Pilotage de l'action	• Cholet Agglomération • En co-pilotage avec la Protection Maternelle et Infantile (PMI)
Partenaires	ARS, Département (PMI, CTG), CAF, CPAM, EAJE publics/privés, CH de Cholet, CPIE, Mutualité Française, MSP, CPTS, professionnels de santé, associations, centres sociaux, directions de services municipaux.
Typologie de l'action	Action existante à structurer et étendre : Cette action s'appuie sur des initiatives déjà engagées localement (formations, ateliers nesting, implication des acteurs de terrain) et vise à les consolider, les articuler et les déployer à l'échelle de l'agglomération.
Durée de l'action	Pluriannuelle : L'action s'inscrit dans une démarche de long terme : • changement des pratiques professionnelles, • ancrage territorial de la prévention, • coordination des acteurs, • élargissement progressif aux structures non municipales et aux familles.
Calendrier de mise en œuvre	• 2026 : cadrage, groupe de travail et priorisation • 2027-2028 : déploiement dans les communes pilotes • 2029-2030 : évaluation, essaimage, bilan.
Moyens à mettre en œuvre	**Moyens humains** • Professionnels petite enfance, santé, agents municipaux (petite enfance, bâtiment, espaces verts), partenaires spécialisés (ex : CPIE), chargée de coopération CTG-petite enfance. • Mobilisation des relais structurés à l'échelle intercommunale : réseau des Relais Petite Enfance (RPE),

	groupes de pairs des directrices d'Établissements d'Accueil du Jeune Enfant (EAJE), groupe RSAI. • Coordination par binôme CLS–PMI. **Moyens financiers (à calibrer)** • Mobilisation des agents. • Formations complémentaires (santé environnementale, Nesting, QAI…). • Supports de communication et kits pédagogiques. • Financements possibles via : budgets municipaux (enfance, santé), ARS (PRSE4), CAF (Fond National Parentalité (2 prog/an)), CPAM, appels à projets (ex. Maison des 1000 jours). **Moyens techniques et logistiques** • Mise à disposition de locaux pour ateliers et formations. • Plateformes de partage documentaire. • Outils d'évaluation et de suivi.
Quelle communication sur l'action ? Auprès de qui ?	**Publics cibles :** professionnels petite enfance, professionnels de santé, familles, élus, directions de services, institutions. **Objectifs :** sensibiliser sans culpabiliser, outiller les relais, valoriser les dynamiques locales, renforcer l'adhésion. **Supports et canaux :** • Supports adaptés (brochures, QR codes, outils visuels). • Communication interne (newsletters, intranet…). • Temps de restitution et bilans partagés avec les élus et les partenaires. • Communication croisée avec PMI, CAF, ARS, CH, professionnels de santé, CPIE…
Evaluation	• Nombre de professionnels sensibilisés et formés • % de structures petite enfance engagées • Nombre d'ateliers menés • Évolution des pratiques professionnelles (questionnaire d'auto-évaluation, entretiens qualitatifs ciblés…) • Nombre de communes impliquées • Retours qualitatifs (questionnaires, échanges de terrain)
Conditions de réussite	• Coordination lisible entre CLS, acteurs de terrain (santé, environnement, parentalité), communes et partenaires. • Implication progressive des communes hors Cholet avec accompagnement. • Soutien politique local via le prisme One Health. • Langage commun entre professionnels pour des messages clairs. • Partenariat étroit avec la CAF pour l'appui aux structures.
Points de vigilance, risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.	• Éviter une approche culpabilisante (ex. perturbateurs endocriniens). • Privilégier des prescriptions par des professionnels connus pour mobiliser les familles. • Ancrer les actions dans les lieux du quotidien, en petits groupes. • Ne pas se limiter à Cholet : essaimer vers 2–3 communes pilotes motivées. • Ne pas viser un déploiement trop large d'emblée. • Valoriser les dynamiques locales déjà en place.

Axe 1 : Santé environnementale et Cadre de vie favorable à la santé

Fiche action n°5 : *Informer et sensibiliser durablement aux enjeux du radon et de la qualité de l'air intérieur*

Argumentaire	Le radon est un gaz radioactif d'origine naturelle, classé cancérigène pulmonaire certain par l'Organisation mondiale de la santé. En raison de ses caractéristiques géologiques, le territoire de Cholet Agglomération est classé en zone à potentiel radon élevé (catégorie 3), avec un risque important d'accumulation dans les bâtiments insuffisamment ventilés. Au-delà du radon, la qualité de l'air intérieur constitue un enjeu de santé publique plus large : aération et ventilation, humidité, composés organiques volatils, fumées et particules (dont tabac), produits du quotidien… Les leviers d'action reposent souvent sur des gestes simples et une meilleure compréhension des expositions. Cholet Agglomération s'est engagée depuis plusieurs années dans une démarche de sensibilisation à la qualité de l'air intérieur et au risque radon, en lien étroit avec l'ARS et des partenaires spécialisés tels que l'UFC Que Choisir et le CEREMA. Ces actions ont permis de renforcer la connaissance du risque, de diffuser des outils de mesure auprès des habitants et de développer une première culture de prévention. Le présent CLS vise à consolider et prolonger cette dynamique, en privilégiant des actions d'information accessibles, non anxiogènes et adaptées aux usages actuels, dans une logique de prévention primaire. L'enjeu n'est pas de multiplier les dispositifs techniques complexes, mais de renforcer la capacité des habitants, des élus et des professionnels à comprendre les enjeux et à agir de manière simple et éclairée. Par ailleurs, cette action pourra s'articuler avec les engagements pris par Cholet Agglomération dans le cadre de son Plan Climat Air Énergie Territorial (PCAET), afin d'assurer une cohérence entre les actions en faveur de la qualité de l'air intérieur et les leviers d'amélioration de la qualité de l'air extérieur.
Objectif de l'action / résultat(s) que l'on souhaite atteindre	**Objectif général** Renforcer durablement la culture de prévention autour du radon et, plus largement, de la qualité de l'air intérieur sur l'ensemble du territoire de Cholet Agglomération. **Résultats attendus** • Une meilleure connaissance du risque radon et des principaux déterminants de la qualité de l'air intérieur par les habitants et les acteurs locaux ;

	• Une appropriation des gestes simples favorables à la qualité de l'air intérieur (aération, ventilation, rénovation raisonnée, réduction des sources de pollution, prévention tabac…) ; • Une continuité et une lisibilité renforcée des actions menées par la collectivité et ses partenaires ; • Une articulation renforcée avec les politiques publiques environnementales existantes (PCAET…) ; • Une montée en compétence des relais locaux (communes, professionnels, acteurs associatifs) ; • Une prise en main de ces enjeux par les communes.
Description de l'action => Etapes de mise en œuvre	**1. Capitalisation et cadrage** • Recensement et valorisation des actions déjà menées dans le cadre du CLS 2 (campagnes de sensibilisation, distribution de dosimètres, partenariats existants). • Mise à jour des supports d'information en lien avec les recommandations actuelles (ARS, PRSE4). • Cadrage technique et opérationnel avec le CPIE : priorités (radon + QAI), lieux relais, outils de mesure, calendrier. **2. Déploiement d'actions d'information et de sensibilisation** • Organisation de temps de sensibilisation sur le radon et la qualité de l'air intérieur (ventilation, humidité, produits du quotidien, fumées…) à destination du grand public et/ou des élus et professionnels, avec plusieurs modalités possibles : • Webinaires thématiques (si faisabilité confirmée), • Ateliers en présentiel dans des lieux relais, • Défis « familles » autour de la qualité de l'air intérieur (gestes simples, suivi, retours d'expérience), en s'appuyant sur des relais de proximité. • Articulation avec les campagnes nationales de prévention du tabagisme (ex. Mois sans tabac) comme porte d'entrée pour relier tabac / air intérieur / ventilation et renforcer l'impact des messages. **3. Mise à disposition d'outils de mesure** • Mise à disposition d'outils de mesure auprès des habitants volontaires via des lieux relais identifiés (communes, services de l'Agglomération, événements existants) : dosimètres radon (priorité période hivernale : novembre–janvier), micro-capteurs permettant une sensibilisation élargie à certains paramètres de qualité de l'air intérieur (à préciser selon options retenues et conditions d'usage). • Information claire sur les objectifs de mesure (sensibilisation / repérage) et sur les limites d'interprétation. **4. Accompagnement et conseils en cas de situation préoccupante** • Orientation des habitants vers des conseils techniques individualisés (aération, ventilation, travaux simples), en lien avec le CPIE.

	• Mise à disposition de ressources pédagogiques claires et accessibles (radon + QAI). • Orientation vers les dispositifs adéquats si besoin (en fonction des situations repérées et des partenaires mobilisables). **5. Valorisation et diffusion des enseignements** • Communication régulière sur les actions menées et les enseignements globaux (sans stigmatisation). • Capitalisation des retours (défis familles, mesures, ateliers) pour ajuster les supports et favoriser l'essaimage. • Inscription de l'action dans une logique pluriannuelle de prévention.
Public visé	• Habitants de Cholet Agglomération (propriétaires et locataires) • Élus et agents communaux • Professionnels du bâtiment, de l'immobilier, de la rénovation et de l'énergie • Professionnels de santé et acteurs de la prévention • Acteurs associatifs et relais de proximité
Pilotage de l'action	• Agglomération • Co-pilotage avec le CPIE Loire Anjou
Partenaires	• ARS Pays de la Loire • ALISEE • Mutualité Française • Communes de Cholet Agglomération • Professionnels de santé (CPTS, MSP, centres de santé) • Services de l'Agglomération • Air Pays de la Loire • Associations locales
Typologie de l'action	Action existante à renforcer
Durée de l'action	Pluriannuelle (2027–2030)
Calendrier de mise en œuvre	2027 : cadrage Agglomération–CPIE, mise à jour des supports, choix des formats (webinaires/ateliers/défis), lancement des premières actions et premières campagnes de mesure 2028 : déploiement, ajustements, consolidation des relais 2029–2030 : consolidation, ajustements et évaluation globale
Moyens à mettre en œuvre	**Moyens humains** • Coordination CLS • Expertise et animation par le CPIE • Appui des services communaux **Moyens financiers** • Achat de dosimètres et/ou micro-capteurs (si besoin en complément des dotations existantes) • Prestations d'animation et de communication • Financements mobilisables : PRSE4, ARS, budgets propres

	Moyens matériels • Outils de visioconférence (si webinaires) • Supports pédagogiques (numériques et imprimés)
Quelle communication sur l'action ? Auprès de qui ?	**Publics cibles :** • Habitants • Élus et agents communaux • Professionnels relais **Supports et canaux :** • Communication numérique (site, réseaux sociaux, newsletters) • Supports pédagogiques clairs et non culpabilisants • Replays des webinaires accessibles en ligne • Relais via les communes et les partenaires • Mobilisation possible des temps forts de prévention (ex. campagnes anti-tabac) pour renforcer l'impact et la lisibilité
Évaluation	• Nombre d'actions de sensibilisation (webinaires / ateliers / défis familles) et de participants • Nombre d'outils de mesure mis à disposition (dosimètres, micro-capteurs) et exploités • Nombre de demandes de conseils ou d'accompagnement • Retours qualitatifs des participants et partenaires
Conditions de réussite	• Inscription de l'action dans la continuité des démarches existantes • Coordination étroite entre l'Agglomération et le CPIE • Messages clairs, accessibles et non anxiogènes • Anticipation de la logistique (formats à distance / défis familles / outils de mesure) • Lien avec les actions en périnatalité (ex : ateliers Nesting) • Articulation possible avec le dispositif MarSOINS • Mobilisation de portes d'entrée « grand public » (ex. campagnes anti-tabac) pour élargir l'audience et renforcer la cohérence prévention
Points de vigilance, risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.	• Enjeu d'acculturation des élus locaux • Risque de perception anxiogène si la communication est insuffisamment calibrée • Difficulté à mobiliser certains publics éloignés du numérique • Nécessité d'éviter une sur technicisation des messages (mesures et capteurs : accompagnement indispensable)

Axe 2 : Santé mentale

Fiche action n°6 : *Santé mentale des jeunes : renforcer l'accès à la prévention et au soutien dans les lieux du quotidien*

Argumentaire	Les enfants, adolescents et jeunes adultes sont particulièrement exposés à des troubles anxieux, du comportement et à une surconsommation de psychotropes. Le non-recours aux dispositifs reste élevé : selon l'enquête santé menée en juin 2025, 60 % des habitants en souffrance psychique n'ont jamais consulté de professionnel spécialisé en santé mentale. Déployer une offre de prévention et de soutien dans les lieux du quotidien des jeunes, en articulation avec les dispositifs existants, constitue un levier essentiel pour lever ces freins, favoriser le repérage précoce et renforcer l'implication des familles et des professionnels. Cette action s'inscrit dans une logique complémentaire aux dynamiques structurantes du territoire, notamment celles portées par le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM), et vise à renforcer l'accessibilité et la continuité des parcours pour les jeunes. Condition préalable : L'action repose sur une condition essentielle : l'élargissement du périmètre d'action du CLSM à la thématique jeunesse (petite enfance, enfance, adolescence), afin d'assurer une cohérence de pilotage et une articulation renforcée entre prévention, repérage et prise en charge.
Objectif de l'action / résultat(s) que l'on souhaite atteindre	Renforcer la prévention, le repérage précoce et l'accès au soutien psychologique pour les enfants et les adolescents, en intervenant dans leurs lieux de vie et de socialisation, et en facilitant l'orientation vers les dispositifs adaptés.
Description de l'action => Etapes de mise en œuvre	• **Améliorer la lisibilité de l'offre existante en développant des outils de communication adaptés aux jeunes** (supports numériques, formats courts, messages clairs), en lien avec les services ou partenaires déjà mobilisés. • **Sensibiliser les familles et les professionnels de la petite enfance et de l'éducation au repérage précoce des signes de souffrance psychique,** via des modules courts ou des temps d'échange ciblés. • **Organiser des permanences de la Maison des Adolescents (MDA) dans des zones rurales ou sous-dotées,** sur la base d'un diagnostic territorial préalable. • **Associer des jeunes aux instances du CLSM,** de manière progressive et adaptée, afin de mieux prendre en compte leurs besoins et leurs attentes dans les orientations locales. • **S'appuyer prioritairement sur les groupes jeunesse existants** (groupes jeunesse locaux, groupes de pairs,

	instances du PEDT, etc.) comme leviers d'entrée pour co-construire les actions. L'objectif est, dans un premier temps, de capitaliser sur ces collectifs déjà structurés ; la création éventuelle d'un groupe de travail ad hoc ne sera envisagée que si un besoin spécifique est identifié, afin d'éviter la multiplication des instances.
Public visé	• Enfants, adolescents et jeunes adultes • Familles • Professionnels de l'enfance et de la jeunesse : personnels de l'Éducation nationale, acteurs de la prévention spécialisée, professionnels de l'animation sociale et sportive, structures éducatives et de loisirs, RPE, EAJE, etc.
Pilotage de l'action	• Agglomération (via le CLSM) • Co-pilotage avec la Maison des Adolescents (MDA) et le pôle santé mentale du Centre hospitalier de Cholet
Partenaires	• ARS • Établissements scolaires (Education Nationale) • structures petite enfance et réseau d'assistants maternels • centres sociaux • DAC • Communauté 360 • professionnels de santé • Unafam • ALiA • MDA • Acteurs de la prévention spécialisée • Structures socio-éducatives et sportives • CLSM et groupes de travail existants
Typologie de l'action	Nouvelle action, structurée en articulation étroite avec des dispositifs et dynamiques existants.
Durée de l'action	Pluriannuelle (2027–2030).
Calendrier de mise en œuvre	2027 : • Déploiement des outils de communication • Sensibilisation des professionnels petite enfance / éducation • Intégration progressive de jeunes dans les instances du CLSM (adaptation de la gouvernance) À partir de 2028 : • Mise en place progressive des permanences MDA en zone rurale (selon les résultats du diagnostic) • Suivi annuel via le comité de pilotage du CLS et le CLSM
Moyens à mettre en œuvre	**Moyens humains :** • Mobilisation de compétences en communication (en lien avec les services ou partenaires existants) pour adapter les messages aux codes des jeunes • Renforcement ponctuel des équipes de la MDA pour les permanences rurales • Mobilisation des professionnels petite enfance / éducation pour les actions de sensibilisation • Coordination assurée par le CLSM

	Moyens financiers • Financements ARS (prévention en santé mentale) • Co-financement Agglomération / communes (temps agent, ingénierie) • Appui possible de l'Éducation nationale et de la CAF pour les actions vers les familles **Moyens techniques et logistiques** • Mise à disposition de lieux : établissements scolaires, centres sociaux, médiathèques • Supports et matériels numériques pour la diffusion des messages
Quelle communication sur l'action ? Auprès de qui ?	**Cibles** • Jeunes (collégiens, lycéens, jeunes adultes) • Familles • Professionnels petite enfance et éducation **Supports et canaux** • Réseaux sociaux (Snapchat, Instagram, TikTok), adaptés aux usages des jeunes • Partenariats avec les établissements scolaires • Affichages dynamiques dans les lieux jeunesse, structures sportives, transports • Relais par les services jeunesse, centres sociaux et structures d'écoute • Vidéos courtes, infographies, podcasts ou mini-séries avec témoignages
Evaluation	• Nombre de situations repérées précocement • Nombre de professionnels sensibilisés ou formés • Fréquentation des permanences MDA • Évolution de l'activité de la MDA • Appréciation qualitative via le comité de pilotage
Conditions de réussite	• Condition structurante : élargissement du CLSM à la jeunesse • Implication des communes dès la phase de diagnostic • Développement d'une stratégie de communication ciblée vers les jeunes, construite avec eux • Articulation claire avec les dispositifs existants, notamment ceux portés par le CLSM • Co-construction avec les jeunes et les familles, dans des formats adaptés
Points de vigilance, risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.	• Éviter toute stigmatisation en tenant compte de la diversité des jeunesses (âge, territoires, situations sociales) • Créer un langage commun entre acteurs tout en respectant les expertises de chacun • Adapter les messages aux réalités culturelles, sociales et numériques des publics • Ne pas multiplier les instances : privilégier les groupes existants et préserver le temps d'intervention des professionnels • Garantir une complémentarité lisible entre les différentes dynamiques jeunesse locales

Axe 2 : Santé mentale

Fiche action n°7 : *Santé mentale et précarité : aller vers les publics vulnérables et renforcer les solidarités locales*

Argumentaire	La précarité peut renforcer la souffrance et les troubles psychiques et compliquer l'accès aux soins. Le non-recours peut être élevé, notamment chez les personnes en rupture de logement, en isolement ou confrontées à des parcours chaotiques. Les équipes de terrain observent des situations complexes non accompagnées, par manque de coordination ou de dispositifs de proximité. Plusieurs initiatives existent déjà sur le territoire (maraudes psychologiques, groupe de travail sur santé mentale et logement, protocole logement/santé), mais elles méritent d'être consolidées, mieux articulées, rendues plus visibles et ancrées dans une dynamique territoriale d'aller-vers. Condition préalable : L'action repose sur une condition essentielle : l'élargissement du périmètre d'action du CLSM à la thématique jeunesse (petite enfance, enfance, adolescence), afin d'assurer une cohérence de pilotage et une articulation renforcée entre prévention, repérage et prise en charge.
Objectif de l'action / résultat(s) que l'on souhaite atteindre	Aller vers les publics les plus éloignés du soin, en situation de précarité ou de vulnérabilité, pour prévenir la détresse psychique, renforcer les accompagnements, sécuriser les parcours et favoriser le lien social.

Description de l'action => Etapes de mise en œuvre	• **Déploiement ou extension des maraudes psychologiques,** avec élargissement des horaires (soirées, week-ends) pour toucher les publics les plus éloignés.
	• **Renforcement de l'approche « Logement d'abord » :**
	  ○ Meilleure articulation entre acteurs sociaux et de santé.
	  ○ Aller vers les personnes en situation d'isolement ou d'instabilité résidentielle.
	  ○ Appui sur le diagnostic existant et le protocole entre bailleurs et pôle santé mentale.
	• **Soutien à la prévention du suicide chez les personnes âgées,** en lien avec le réseau sentinelles de la MSA, le CLSM et les actions déjà conduites.
	• **Valorisation des logements intergénérationnels comme levier de prévention,** à croiser avec les actions des foyers de jeunes travailleurs et les dispositifs d'habitat inclusif.
	• **Mobilisation de la cellule d'analyse croisée issue du CLSM** pour l'analyse partagée et l'orientation des situations les plus complexes signalées via les maraudes, les bailleurs ou les services sociaux.

Public visé	• Adultes en situation de précarité (logement, emploi, isolement social…) • Personnes âgées vulnérables ou isolées • Acteurs de proximité : travailleurs sociaux, professionnels de santé, bailleurs…
Pilotage de l'action	• Agglomération (CLSM) • Co-pilotage avec l'ARS et le CH de Cholet
Partenaires	• ARS • France Horizon • CMP • CH Cholet (service addictologie, équipe de liaison de soins en addictologie - ELSA) • DAC • Unafam • ALiA, Addictions France • CLIC IGEAC • MSA • Maison de l'Autonomie • CCAS • Bailleurs sociaux • Centres sociaux, structures d'insertion • GEM Soleil • Communauté 360 • CPTS Choletais et professionnels de santé libéraux • CAF • DOSMI • CLSM et dispositifs existants (cellule d'analyse croisée, groupes de travail thématiques)
Typologie de l'action	Renforcement d'initiatives existantes et développement de nouvelles modalités d'aller-vers, coordonnées au niveau intercommunal.
Durée de l'action	Pluriannuelle (2027–2030).
Calendrier de mise en œuvre	• Fin 2027-2028 : élargissement des maraudes psychologiques, lancement opérationnel du groupe de travail Logement/Santé mentale. • 2028–2029 : consolidation de la logique « Logement d'abord » via le protocole existant, suivi du renouvellement de la convention départementale. • 2028–2030 : accompagnement de projets de logement intergénérationnel ou d'habitat inclusif, poursuite des actions de prévention du suicide.
Moyens à mettre en œuvre	**Moyens humains :** • Renforcement des équipes de maraudes (psychologues, travailleurs sociaux…). • Référents santé mentale au sein des bailleurs. • Coordination CLSM. **Moyens financiers** • Financement ARS, DDETS, Conférence des financeurs • Fonds sociaux des bailleurs • Participation de l'Agglomération et des communes pour le soutien aux équipes sociales.

	• Mobilisation possible des crédits personnes âgées (Département). **Moyens techniques et logistiques** • Moyens logistiques pour les maraudes. • Salles de réunion ou points d'accueil pour les entretiens individualisés. • Supports d'information et de communication.
Quelle communication sur l'action ? Auprès de qui ?	**Cibles** • Personnes en situation de précarité, personnes âgées isolées, professionnels relais **Supports et canaux** • Affichage dans les logements sociaux, centres sociaux, accueils de jour • Relais par les associations caritatives, médiateurs, pharmacies… • Sensibilisation des élus et partenaires institutionnels • Supports : plaquettes simplifiées, flyer « santé mentale et précarité », guides à destination des relais de proximité
Evaluation	**Indicateurs de processus :** • Nombre de maraudes réalisées et de personnes rencontrées • Nombre d'orientations vers les oins • Nombre de partenaires formés ou impliqués **Indicateurs de résultats :** • Évolution du nombre de personnes suivies dans le cadre du protocole logement / santé • Évolution de la fréquentation des maraudes • Impact qualitatif sur la diminution de l'isolement (enquêtes auprès des publics accompagnés)
Conditions de réussite	• Coordination active via le CLSM • Mobilisation des dispositifs existants, en particulier la cellule d'analyse croisée pour traiter collectivement les situations les plus complexes • Implication des professionnels de terrain et des bailleurs • Création d'un lien de confiance durable avec les publics précaires
Points de vigilance, risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.	• Adapter les horaires, lieux et formats aux contraintes de vie des publics visés • Éviter la stigmatisation des publics cibles • Capitaliser sur les pratiques existantes et les outils interinstitutionnels du territoire • Favoriser une posture d'écoute et d'accompagnement plutôt que de contrôle

Axe 2 : Santé mentale

Fiche action n°8 : *Créer une culture partagée de la santé mentale sur le territoire*

Argumentaire	Les représentations sociales autour de la santé mentale restent très marquées par les stigmatisations. Ces freins influencent l'ensemble de la population, quel que soit l'âge : difficultés à exprimer un mal-être, retards de repérage, isolement, non-recours à l'accompagnement… Selon l'enquête santé menée sur le territoire en juin 2025, seuls 6,5 % des habitants estiment que la santé mentale est bien prise en compte localement. Par ailleurs, les acteurs soulignent le besoin d'une culture commune entre professionnels des différents champs (santé, social, éducation, animation), pour favoriser l'interconnaissance, mieux orienter les personnes concernées, et garantir une action collective cohérente. Cette culture partagée doit aussi impliquer les citoyens, les familles, les aidants, dans une dynamique territoriale inclusive et durable.
Objectif de l'action / résultat(s) que l'on souhaite atteindre	Faire évoluer les représentations, favoriser le repérage précoce des fragilités psychiques, et renforcer les coopérations autour de la santé mentale en organisant des actions régulières de sensibilisation, de formation croisée et de participation citoyenne.
Description de l'action => Etapes de mise en œuvre	**Volet interprofessionnel** • Organiser des rencontres de sensibilisation et d'échanges de pratiques à destination des professionnels (santé, social, éducation, animation, culture…). • Produire et diffuser des supports communs (guides, outils de repérage, répertoire partenarial…). • Intégrer un module « santé mentale et repérage » dans les formations ou temps d'animation existants (petite enfance, jeunesse, personnes âgées…). • Mobiliser les professionnels intervenant en zones rurales et auprès des publics les plus éloignés des soins. **Volet citoyen et participation** • Poursuivre et valoriser les actions organisées dans le cadre des Semaines d'Information en Santé Mentale (SISM). • Développer des formats innovants et participatifs (ex. : ciné-débats, événements grand public, témoignages croisés d'usagers et de professionnels).

	• Associer des représentants d'usagers, des aidants, des jeunes et des bénévoles à l'élaboration ou l'animation des temps forts.
Public visé	• Habitants du territoire, tous âges confondus • Familles, aidants, bénévoles associatifs • Professionnels des secteurs sanitaire, social, éducatif, culturel et associatif
Pilotage de l'action	• Cholet Agglomération (via le Conseil Local de Santé Mentale) • Co-pilotage : Centre hospitalier de Cholet (pôle santé mentale)
Partenaires	• GEM Soleil, Unafam • Maison des Adolescents, CMP, IPA en santé mentale • CPTS du Choletais, DAC • Éducation nationale • CAF, ARS • Communauté 360, Maison de l'autonomie • Centres sociaux, crèches, associations culturelles et sportives • Collectivités membres de l'Agglomération
Typologie de l'action	Structuration et montée en puissance d'une dynamique existante à l'échelle intercommunale.
Durée de l'action	Pluriannuelle (2026–2030).
Calendrier de mise en œuvre	2026 : identification des besoins, actualisation du répertoire partenarial, programmation des temps forts 2027–2028 : déploiement des rencontres interprofessionnelles et citoyennes, consolidation de la dynamique SISM 2029–2030 : pérennisation des outils et de la coopération, évaluation partagée
Moyens à mettre en œuvre	**Moyens humains :** • Coordination CLSM • Référents dans chaque champ (santé, social, éducation, culture) • Appui des structures partenaires pour co-animation **Moyens financiers** Financements possibles auprès de : • ARS • CAF • MSA (Grandir en milieu rural) • Département • Agglomération (cofinancement) **Moyens techniques et logistiques** • Mise à disposition de lieux pour les rencontres et événements • Supports de communication (guides, vidéos, affiches, supports numériques)
Quelle communication sur l'action ? Auprès de qui ?	**Cibles :** habitants, familles, professionnels, élus locaux **Canaux et supports :** • Réseaux institutionnels (CLSM, MDA, centres sociaux…) • Réseaux sociaux, événements publics (ex. SISM) • Outils papiers et numériques (brochures, podcasts, vidéos témoignages, affiches…)

Evaluation	**Indicateurs de processus :** • Nombre de rencontres et évènements organisés • Nombre de participants (professionnels et citoyens) • Nombre de supports diffusés (guides, outils…) **Indicateurs de résultats :** • Taux de satisfaction des participants • Evolution de la perception des habitants sur la santé mentale (via baromètre ou enquête qualitative)
Conditions de réussite	• Appui sur les dynamiques existantes, notamment les SISM • Coordination étroite entre les champs professionnels • Reconnaissance des savoirs d'usage et implication des habitants • Diffusion large et ciblée des supports
Points de vigilance, risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.	• Éviter la multiplication des actions non coordonnées • Assurer la lisibilité des dispositifs existants • Veiller à une communication adaptée aux différents publics (âge, culture, niveau de littératie…) • Pérenniser la démarche au-delà des temps forts ponctuels

Axe 2 : Santé mentale

Fiche action n°9 : *Renforcer la pair-aidance et les espaces d'inclusion citoyenne*

Argumentaire	Les personnes vivant avec des troubles psychiques ou en situation de mal-être doivent être reconnues comme actrices de leur parcours de santé. La pair-aidance contribue à : • rompre l'isolement, • redonner du pouvoir d'agir et de l'espoir, • créer du lien entre personnes ayant une expérience partagée, • favoriser l'inclusion sociale, la citoyenneté, et un changement de regard collectif. À Cholet Agglomération, plusieurs dynamiques existent déjà (GEM, UNAFAM, Conseil des usagers en santé mentale du CLSM…), mais elles nécessitent un soutien méthodologique et un cadre structuré pour se consolider et s'inscrire dans la durée.
Objectif de l'action / résultat(s) que l'on souhaite atteindre	Créer et soutenir des groupes de pairs, des espaces d'expression et d'entraide animés par et pour les personnes concernées, afin de valoriser leur expérience, renforcer leur pouvoir d'agir et favoriser leur inclusion dans la vie sociale et citoyenne.

Description de l'action => Etapes de mise en œuvre	**Création d'une Maison de la santé mentale,** pensée par et pour les citoyens, et conçue comme :
	
	• Un lieu indépendant, bienveillant et sécurisé (statut associatif), accessible et non stigmatisant.
	• Un espace de rencontres, d'échanges, d'expression, de co-construction entre personnes concernées et leurs proches.
	• Un lieu ressource, accueillant :
	  ○ des permanences associatives (UNAFAM, APEDYS 49…)
	  ○ des groupes de parole de pairs
	  ○ des activités culturelles, sportives, de lien social et d'insertion
	  ○ un espace d'accès aux droits, inspiré de France Services
	  ○ des témoignages croisés, des temps de sensibilisation
	
	• Une articulation étroite avec les dispositifs existants :
	  ○ Complémentaire (et non substitutive) des GEM
	  ○ Avec des passerelles formalisées pour assurer continuité et cohérence

	• Inspiration mentionnée par le groupe : La Maison Perchée (Paris), à adapter localement. • Évolution possible : La Maison pourrait accueillir et faire évoluer le Conseil des usagers en santé mentale du CLSM. **Premières étapes envisagées :** • Création de l'association porteuse • Élaboration du budget prévisionnel et du plan de financement • Recrutement et formation des pairs-aidants, bénévoles et salariés (ex. PSSM) • Intégration d'un dispositif de supervision psychologique pour les pairs-aidants • Recherche d'un lieu central, visible, non stigmatisant • Lancement d'actions d'ouverture vers l'extérieur (événements, communication…)
Public visé	• Personnes majeures concernées par des troubles psychiques, un mal-être ou celui d'un proche • Familles et aidants • Citoyens souhaitant s'impliquer
Pilotage de l'action	• Cholet Agglomération (CLSM) • Co-pilotage envisagé avec le GEM
Partenaires	• ARS • GEM Soleil, UNAFAM, CLSM • CH de Cholet, CMP • CCAS, DAC • Associations médico-sociales, sportives, culturelles • Acteurs de la vie associative et des services publics
Typologie de l'action	Nouvelle action à structurer, avec des ancrages dans des dynamiques déjà présentes sur le territoire.
Durée de l'action	Pluriannuelle (2028–2030).
Calendrier de mise en œuvre	A partir de 2028 : • Création de l'association • Recherche du lieu • Mobilisation des partenaires • Premiers recrutements, formations, structuration de la gouvernance • Lancement du projet • Puis : déploiement progressif des activités, ancrage territorial, évolution vers l'autonomie du lieu et de sa gouvernance Action conçue pour s'inscrire dans la durée.
Moyens à mettre en œuvre	**Moyens humains :** • Pairs-aidants formés • Salariés et bénévoles • Coordination CLSM **Moyens financiers** • ARS, Agglomération, Département • Possibilités de mécénat (fondations, entreprises locales)

	Moyens techniques et logistiques • Local dédié, central, accueillant, avec plusieurs espaces modulables
Quelle communication sur l'action ? Auprès de qui ?	• Lancement grand public à prévoir (événement d'inauguration, relais presse locale) • Communication continue sur les activités via réseaux sociaux, partenaires, centres sociaux, lieux d'accueil
Evaluation	**Indicateurs de processus :** • Nombre de partenaires impliqués • Nombre de permanences accueillies • Nombre d'activités proposées **Indicateurs de résultats :** • Fréquentation de la maison • Nombre de personnes orientées vers le soin ou un accompagnement • Degré d'autonomie du Conseil des usagers en santé mentale
Conditions de réussite	• Reconnaissance pleine et entière des savoirs expérientiels • Gouvernance participative et inclusive • Soutien dans la durée des partenaires institutionnels
Points de vigilance, risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.	• Articulation étroite avec les dynamiques existantes (CLSM, Conseil des usagers en santé mentale, GEM…) • Développement progressif, en fonction des moyens mobilisés et des besoins identifiés

Axe 3 : Inégalités sociales et territoriales de santé

Fiche action n°10 : *Renforcer les réseaux de solidarité et les espaces d'entraide de proximité*

Argumentaire	Les situations de précarité exposent à un cumul de risques sanitaires : isolement, renoncement aux soins, détresse psychique non accompagnée... Les données issues de l'enquête santé menée en juin 2025 auprès des habitants montrent : • 60 % des personnes sans emploi ne connaissent aucune action locale de prévention. • 74 % déclarent rencontrer des freins d'accès aux soins. • Une perception d'absence de réponses adaptées. Des actions simples, conviviales, régulières et non stigmatisantes sont un levier puissant pour recréer du lien, restaurer la confiance et favoriser le repérage précoce dans les lieux de vie.
Objectif de l'action / résultat(s) que l'on souhaite atteindre	Créer et soutenir des dynamiques locales d'entraide, de lien social, de partage d'expérience et de soutien entre pairs, en s'appuyant sur les réseaux existants et en développant des espaces thématiques d'échanges animés par et pour les habitants. L'action vise à renforcer la confiance, la socialisation et le repérage précoce des difficultés, en particulier pour les publics vulnérables.
Description de l'action => Etapes de mise en œuvre	**Volet 1 - Introduire la santé dans les réseaux de solidarité existants** • Repérage des lieux de lien social : associations, dispositifs de solidarité, espaces culturels et sportifs. • Analyse des actions déjà portées, des pratiques et de la valorisation actuelle. • Mise en place de complémentarités : ajouter des animations ou contenus santé dans les espaces déjà fréquentés, sans créer de nouveaux dispositifs. • Exemples de supports : distributions de repas, structures d'entraide, restauration sociale. **Volet 2 - Développer des espaces d'entraide thématiques et inclusifs** • S'appuyer sur les dynamiques existantes de groupes d'entraide entre pairs. • Développer des groupes thématiques : addictions, parentalité, femmes, personnes âgées, jeunes… • Favoriser l'autonomie, le partage d'expérience, la pair-aidance, l'engagement citoyen.

	• Toucher un public volontaire, via plusieurs portes d'entrée : centres sociaux, associations, professionnels de santé, acteurs jeunesse…
Public visé	• Personnes en situation de vulnérabilité. • Selon les groupes thématiques développés : personnes âgées, jeunes, femmes, familles, personnes concernées par des addictions…
Pilotage de l'action	• Cholet Agglomération • Co-pilotage avec ALiA
Partenaires	• CCAS, CIAS • CLIC • ARS, CAF • Conseil départemental • DDETS • MSA • centres sociaux, associations d'entraide, Croix-Rouge, Secours populaire, Restos du cœur • professionnels de santé, CPTS • APF, ADAPEI • structures médico-sociales, • Groupe Vyv3
Typologie de l'action	Volet 1 : évolution d'actions existantes, à structurer et enrichir. Volet 2 : action nouvelle, s'appuyant sur des expériences existantes mais à développer à l'échelle intercommunale.
Durée de l'action	Pluriannuelle (2027–2030).
Calendrier de mise en œuvre	Volet 1 - Réseaux de solidarité • 2027 : repérage et préfiguration • 2028 : déploiement pilote + évaluation • 2029+ : essaimage à l'échelle intercommunale Volet 2 - Espaces d'entraide thématiques • 2027 : lancement d'un premier groupe thématique addictologie (piloté par ALIA) • 2028 : évaluation + essaimage (ex. Centre social Planty, CADA) • 2029+ : déploiement d'autres thématiques
Moyens à mettre en œuvre	**Moyens humains :** • Bénévoles, travailleurs sociaux, professionnels de santé, animateurs thématiques. • Mobilisation de temps salarié (CLS/CIAS/CCAS) **Moyens financiers** • Soutiens possibles : ARS, collectivités, partenaires associatifs. **Moyens techniques et logistiques** • Locaux associatifs, espaces communaux.
Quelle communication sur l'action ? Auprès de qui ?	• Communication de proximité, via les associations, CCAS, centres sociaux, acteurs du quotidien. • Messages simples et non stigmatisants (ex : méthode FALC « Facile à Lire et à Comprendre) • Valorisation des actions existantes.

Evaluation	• Nombre d'actions recensées et intégrées dans le CLS. • Nombre de nouvelles animations santé déployées dans les réseaux existants. • Nombre de participants et récurrence des groupes d'entraide thématiques. • Retours qualitatifs issus d'enquêtes de satisfaction / impact social.
Conditions de réussite	• Intervenir dans les lieux déjà fréquentés par les publics vulnérables. • Approche non stigmatisante, conviviale, régulière. • Importance de l'aller-vers, du repérage et de la confiance.
Points de vigilance, risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.	• Nécessité d'un cadre clair pour les espaces d'entraide : animation, posture, continuité. • Soutien associatif et cohérence territoriale indispensable.

Axe 3 : Inégalités sociales et territoriales de santé

Fiche action n°11 : *Expérimenter un dispositif de répit pour les aidants : baluchonnage handicap*

Argumentaire	Les aidants familiaux, en particulier ceux accompagnant un enfant en situation de handicap, vivent souvent : • un épuisement physique et psychique, • un manque de solutions de répit adaptées, • une solitude dans l'accompagnement, • des ruptures dans les parcours de soins. Le baluchonnage permet un répit sans déplacement de l'enfant, grâce à un professionnel formé qui prend le relais au domicile. Cette solution est encore peu développée localement et les acteurs identifient un besoin fort d'expérimentation.
Objectif de l'action / résultat(s) que l'on souhaite atteindre	Proposer un service innovant de répit pour les familles accompagnant un enfant en situation de handicap, en permettant l'intervention d'un professionnel à domicile pendant 48 heures, afin de prévenir l'épuisement des aidants et de renforcer les solidarités locales.
Description de l'action => Etapes de mise en œuvre	**1. Mobilisation des partenaires spécialisés pour préfigurer le dispositif :** • Appui sur l'expertise méthodologique et stratégique de l'UDAF 49 ; • Co-construction d'un modèle local avec les acteurs de terrain et en lien avec les réalités du territoire ; • Articulation avec les dynamiques déjà présentes sur d'autres territoires. **2. Déploiement de l'expérimentation :** • Intervention de 2 jours/2 nuits à domicile par des professionnels formés ; • Constitution d'une plateforme d'intervenants ; • Suivi, supervision, évaluation des retours familles/professionnels.
Public visé	• Familles ayant un enfant en situation de handicap. • Aidants familiaux en situation d'épuisement ou de besoin de répit.
Pilotage de l'action	• Cholet Agglomération • Co-pilotage avec l'UDAF 49 (cadrage méthodologique, expertise, stratégie). *La mise en œuvre opérationnelle s'appuiera sur les acteurs locaux.*
Partenaires	• ARS • Conseil Départemental • APF, ADAPEI, Groupe Vyv3, Anjou Soins Accompagnement, Loisirs Pluriels • PARH (Pôle d'Appui et de Ressources Handicap) • professionnels spécialisés • CCAS, CIAS,

	• MDPH, structures médico-sociales, SSIAD • centres sociaux, associations d'aidants
Typologie de l'action	Action nouvelle expérimentale, nécessitant un cadrage méthodologique, un portage coordonné et une montée en charge progressive.
Durée de l'action	Pluriannuelle (2027–2030).
Calendrier de mise en œuvre	• 2027 : mobilisation des ressources, co-construction, communication ciblée, identification des familles pilotes • 2028 : expérimentation du dispositif et premiers retours. • 2029+ : évaluation, ajustements, montée en charge progressive
Moyens à mettre en œuvre	**Moyens humains :** • Professionnels spécialisés formés à l'intervention au domicile. • Coordination du dispositif et supervision. **Moyens financiers** • Financements possibles : PCH, dispositifs départementaux de soutien aux aidants, subventions complémentaires. • Besoin de structurer un budget annuel de fonctionnement. **Moyens techniques et logistiques** • Pas de besoin matériel spécifique hors intervention au domicile.
Quelle communication sur l'action ? Auprès de qui ?	• Information ciblée auprès des réseaux d'aidants, services sociaux, écoles, professionnels de santé. • Communication claire, rassurante, non culpabilisante. • Importance du relais par les professionnels de confiance.
Evaluation	• Nombre de familles bénéficiaires. • Nombre d'interventions réalisées. • Taux de participation par rapport aux ressources disponibles. • Satisfaction des aidants (questionnaires, entretiens). • Retours des professionnels impliqués.
Conditions de réussite	• Recrutement de professionnels formés, accompagnés et stables • Cadre rassurant et souple pour les familles • Approche co-construite avec les acteurs locaux • Appui sur l'expérience de l'UDAF pour le cadrage • Diffusion via les relais existants pour lever les freins d'accès
Points de vigilance, risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.	• S'appuyer sur les initiatives déjà existantes (ex : Mauges Communauté, en région Pays de la Loire, et baluchonnage pour seniors) • Suivi précis des situations pour éviter les ruptures • Adapter l'expérimentation selon les retours terrain

Axe 3 : Inégalités sociales et territoriales de santé

Fiche action n°12 : *Développer des dispositifs mobiles et des partenariats santé-social pour aller vers les publics éloignés du soin*

Argumentaire	Une part importante des publics en précarité renonce aux soins et vit des situations d'isolement, de souffrance psychique non exprimée ou peu accompagnée. Sur le territoire de Cholet Agglomération : • 17 % des jeunes sont en situation de NEET (sans emploi ni formation), jusqu'à 20 % chez les hommes à Cholet. • 80 % des personnes sans emploi déclarent une détresse psychique, dont 40 % de façon fréquente (enquête santé, juin 2025). Les équipes mobiles permettent de s'adapter aux rythmes, aux lieux de vie et aux attentes des publics, tout en favorisant une relation de confiance. Une meilleure articulation entre acteurs santé-social est importante pour éviter les ruptures de parcours et optimiser les ressources existantes.
Objectif de l'action / résultat(s) que l'on souhaite atteindre	Renforcer les interventions de proximité (prévention, écoute, dépistage, accompagnement) en mobilisant des équipes mobiles pluri-professionnelles (santé, social, précarité) et en intervenant directement dans les lieux de vie des publics éloignés du soin.
Description de l'action => Etapes de mise en œuvre	L'action repose sur deux démarches complémentaires et progressives : **Démarche 1 - Mobiliser la Caravane Lisa comme levier santé-social de proximité** • Intégrer aux tournées de la Caravane Lisa des interventions santé, sociales et sportives, notamment à destination des personnes âgées. • Réaliser un diagnostic de terrain : typologie des publics rencontrés, besoins exprimés, freins identifiés. • Organiser une consultation des habitants pour adapter les actions et en assurer la pertinence. • Construire des alliances locales avec les acteurs sociaux, médico-sociaux et associatifs pour enrichir les tournées de la caravane. **Démarche 2 - Développer une équipe mobile santé-précarité interdisciplinaire** • Créer une équipe mobile interprofessionnelle, inspirée du modèle de l'association Montjoie à Angers, capable d'intervenir sur l'ensemble du territoire, en coordination avec les acteurs sociaux et de santé.

	• Cette équipe pourra réaliser des maraudes ou des tournées vers les lieux de vie des publics vulnérables. • S'appuyer sur l'expérience opérationnelle de la Caravane Lisa (logistique, organisation des tournées, retour d'expérience). • Saisir l'opportunité de l'intervention du camion Marsoin en 2026, portée par l'association À Vos Soins, auprès de quatre aires d'accueil des gens du voyage du Maine-et-Loire, dont celle de Cholet, pour déployer des actions de prévention ciblées et créer des passerelles durables avec les acteurs locaux. • Mobiliser les ressources existantes (bilan de condition physique via JF, lien avec les PASS, CPTS, etc.).
Public visé	• Démarche 1 : personnes âgées (public prioritaire en 2026), élargissement possible après diagnostic. • Démarche 2 : personnes en situation de précarité, jeunes NEET, gens du voyage, personnes éloignées du système de soins.
Pilotage de l'action	Cholet Agglomération
Partenaires	• ARS • Conseil Départemental • DDETS • DAC, PASS • CPTS, MSP, professionnels de santé (libéraux et hospitaliers) • Structures sociales et médico-sociales, CCAS, CIAS, CHRS, CAARUD • Associations de solidarité : Emmaüs, France Horizon, Addictions France, Abri des Cordeliers, Secours Catholique, Restos du Cœur, A Vos Soins • Acteurs du logement (bailleurs), centres sociaux, CLIC • Association sport-santé (ex. JF pour bilans de condition physique)
Typologie de l'action	Démarche 1 : Action déjà existante, à étendre et adapter. Démarche 2 : Action nouvelle, à construire dans une logique de montée en charge progressive.
Durée de l'action	Pluriannuelle (2026–2030).
Calendrier de mise en œuvre	Démarche 1 : • 2026 : lancement selon le planning de la Caravane Lisa. • 2027 : élargissement en fonction des retours de terrain et des besoins identifiés. Démarche 2 : • 2026 : appui sur les interventions du camion Marsoin, préfiguration de l'équipe mobile. • 2027 : déploiement de l'équipe mobile, sous réserve d'un réseau consolidé et de l'acquisition ou mutualisation d'un véhicule adapté.
Moyens à mettre en œuvre	**Moyens humains :** • Démarche 1 : Equipe Lisa, partenaires sociaux et santé • Démarche 2 : Equipe interdisciplinaire à constituer

	Moyens financiers • Démarche 1 : Agglomération, Ville amie des aînés • Démarche 2 : ARS, Agglomération **Moyens techniques et logistiques** • Démarche 1 : Caravane Lisa • Démarche 2 : Acquisition ou mutualisation d'un véhicule mobile
Quelle communication sur l'action ? Auprès de qui ?	• Auprès des habitants : via les relais de quartier, centres sociaux, CCAS, radios locales, affichage dans les lieux de vie (marchés, tiers-lieux, maisons France Services…). • Auprès des professionnels : diffusion d'un calendrier des tournées, carnets de liaison, outils partagés pour l'orientation.
Evaluation	Démarche 1 - Caravane Lisa : • Nombre de territoires couverts • Nombre de personnes rencontrées • Thématiques abordées • Données de suivi • Retours des usagers et ajustements apportés Démarche 2 - Equipe mobile santé précarité • Nombre de maraudes • Nombre de personnes rencontrées • Orientation vers les dispositifs • Evolution du recours à la PASS • Diminution des passages aux urgences non pertinents • Taux de couverture des aires d'accueil
Conditions de réussite	• Veiller à l'ancrage local des actions et à la co-construction avec les publics • Assurer la continuité de l'accompagnement avec les dispositifs existants (éviter l'empilement ou la fragmentation)
Points de vigilance, risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.	• Former les professionnels à l'intervention en milieu précaire et à l'interdisciplinarité • Construire une gouvernance partagée entre les acteurs santé, social et institutionnels

Axe 4 : Participation, communication et gouvernance en santé

Fiche action n°13 : *Valoriser les actions de santé et leur visibilité*

Argumentaire	L'enquête santé menée auprès des habitants en 2025 a révélé une faible lisibilité des actions en santé sur le territoire : seuls 25 % des répondants disent connaître les actions locales, et plus de la moitié ne savent pas identifier les ressources existantes. Cette méconnaissance renforce le sentiment d'isolement, en particulier chez les publics fragiles (aidants, jeunes, personnes précaires…). Une stratégie de communication en santé cohérente, positive, accessible et territorialisée est donc un levier incontournable pour renforcer l'adhésion, la participation des habitants et la réduction des inégalités sociales de santé. Cette stratégie devra également permettre de déstigmatiser certains enjeux de santé, comme la santé mentale, en s'appuyant sur des outils adaptés et co-construits avec les acteurs spécialisés.
Objectif de l'action / résultat(s) que l'on souhaite atteindre	• Rendre visibles et compréhensibles les actions et les messages de santé portés par le CLS. • Mieux faire connaître les ressources existantes aux habitants, professionnels et élus. • Favoriser l'adhésion citoyenne et la participation aux actions de prévention et de dépistage. • Renforcer l'ancrage territorial du CLS dans toutes les communes.
Description de l'action => Etapes de mise en œuvre	**1. Diagnostic et priorisation des besoins en communication** • Cartographie des outils existants (ex : annuaire CPTS/CLSM, supports FALC, capsules vidéo), recensement des canaux à mobiliser. • Identification des publics cibles et de leurs freins (littératie, accès, langue…). • Benchmark de bonnes pratiques d'autres collectivités sur la communication en santé. **2. Création et adaptation d'outils de communication** • Supports écrits et numériques vulgarisés (affiches, vidéos, plaquettes pédagogiques, capsules locales…). • Contenus multisupports valorisant les impacts des actions (ex. : santé mentale, activité physique…). • Renforcement des outils existants pour déstigmatiser la santé mentale, en lien avec les professionnels spécialisés (vocabulaire adapté, FALC, vidéos, productions CLSM–CPTS). • Annuaire partagé des ressources santé / cartographie interactive (en lien avec les outils déjà produits par la CPTS).

	3. Déploiement d'une stratégie territoriale coordonnée • Mobilisation de relais de terrain (professionnels, associations, établissements scolaires…). • Organisation d'événements récurrents : Semaine annuelle de la santé, forum santé. • Envoi d'un agenda des actions CLS aux relais de proximité locaux (écoles, maternités, assistantes maternelles…) avec attention à la fréquence et au périmètre de diffusion, pour assurer un maillage sur l'ensemble des communes de l'Agglomération. • Appui sur les réunions trimestrielles DGS pour relayer les outils de communication auprès des communes. **4. Communication ciblée auprès des publics éloignés** • Utilisation de lieux de confiance (centres sociaux, CCAS, lieux de distribution alimentaire…). • Appui sur la médiation en santé et la transversalité entre services. • Déploiement d'outils itinérants sur l'ensemble du territoire. • Renforcement de l'offre d'accompagnement à la littératie en santé via la médiathèque et l'appropriation des documents en FALC. **5. Pilotage, suivi et évaluation de la stratégie** • Suivi régulier des actions de communication via des indicateurs partagés. • Évaluation qualitative et quantitative de l'impact perçu.
Public visé	• Habitants de l'Agglomération (avec une attention aux publics éloignés : jeunes, précaires, personnes âgées, non-francophones…) • Professionnels de santé, sociaux, médico-sociaux et éducatifs • Élus locaux et services municipaux
Pilotage de l'action	Copilotage entre la Direction de la Communication de Cholet Agglomération et la Coordination CLS.
Partenaires	• Services municipaux et intercommunaux • Écoles, établissements scolaires • Associations, centres sociaux, CCAS • Professionnels de santé et sociaux • ARS, CPAM • Réseau CLSM • Acteurs de la médiation en santé • CPTS
Typologie de l'action	Action existante, à renforcer à partir des besoins exprimés et des outils existants.
Durée de l'action	Pluriannuelle (2026–2030), avec un déploiement progressif et des ajustements réguliers.
Calendrier de mise en œuvre	• 2026 : état des lieux, priorisation des supports, création des premiers outils, plan d'action • 2027–2028 : déploiement des supports, structuration du réseau de relais, premiers événements • 2029 : montée en puissance des actions, renforcement des démarches vers les publics éloignés • 2030 : évaluation d'impact et perspectives

Moyens à mettre en œuvre	**Humains :** coordination CLS, service communication, référents dans les communes, relais de terrain (agents, médiateurs, associations) **Techniques :** plateforme web, logiciels d'édition, impression, outils de médiation. **Financiers :** à estimer selon les formats retenus (capsules vidéos, forums, impression…).
Evaluation	• Part des habitants déclarant connaître les actions du CLS (via baromètre santé/qualité de vie) • Nombre de supports produits / diffusés • Taux de participation aux évènements et campagnes de prévention • Taux d'utilisation des outils numériques • Retours qualitatifs des partenaires relais et bénéficiaires
Conditions de réussite	• Mobilisation forte du service communication et coordination interservices • Présence de relais de terrain formés et engagés • Cohérence des messages entre acteurs • Communication positive, inclusive, adaptée aux différents niveaux de littératie • Intégration de messages déstigmatisants, en particulier en santé mentale
Points de vigilance, risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.	• Risque de fracture numérique : veiller à la complémentarité des canaux • Besoin de coordination étroite avec les actions locales pour éviter la dispersion • Nécessité d'un budget dédié pour garantir la qualité et la pérennité des supports • Fréquence et périmètre de diffusion à adapter pour garantir une communication équitable sur l'ensemble des communes de l'Agglomération

Axe 4 : Participation, communication et gouvernance en santé

Fiche action n°14 : *Renforcer la participation des habitants dans les politiques et actions de santé*

Argumentaire	L'enquête santé menée auprès des habitants en 2025 a révélé une faible connaissance des actions de santé locales, avec un sentiment d'isolement marqué chez certains publics. La participation des habitants est un levier structurant pour reconnecter les politiques de santé aux réalités de vie, renforcer la confiance envers les institutions et adapter les actions aux besoins concrets. L'ancrage local, la proximité des relais, et la co-construction sont des conditions essentielles pour une mobilisation durable. Les retours des ateliers thématiques confirment l'importance d'impliquer les citoyens à toutes les étapes (conception, animation, évaluation) pour une santé plus juste, lisible et accessible.
Objectif de l'action / résultat(s) que l'on souhaite atteindre	• Créer des espaces d'expression et d'implication citoyenne autour des enjeux de santé. • Clarifier, pour chaque démarche participative, le niveau d'implication attendu : information, consultation, co-construction ou co-décision. • Intégrer les habitants dans les différentes phases des actions (priorisation, mise en œuvre, évaluation). • Renforcer le pouvoir d'agir en santé des publics, notamment les plus éloignés. • Favoriser la co-construction et les démarches participatives sur tout le territoire.
Description de l'action => Etapes de mise en œuvre	**1. Appui sur les dynamiques existantes** • Recenser les démarches participatives déjà en place (CLSM, centres sociaux, associations d'usagers…). • Identifier les publics engagés, les pratiques et outils déjà mobilisés. • Construire l'action en cohérence avec ces ressources. **2. Lancement d'un comité citoyen du CLS** *(si pertinent)* • Rôle : suivi, avis et co-évaluation des actions de santé, en précisant les marges de manœuvre de ce comité et l'utilisation prévue de ses contributions (transparence sur l'impact réel des propositions formulées). • Composition : habitants volontaires, représentants associatifs, citoyens ambassadeurs, usagers. • Possibilité d'explorer la reconnaissance ou la valorisation de l'implication citoyenne dans certaines instances (ex. : prise en charge transport, collation, valorisation symbolique ou matérielle).

	3. Déploiement d'actions participatives sur les territoires • Organisation d'ateliers de quartier, de groupes d'échange, de concertations sur des projets santé. • Intégration d'une dimension participative dans les événements santé existants (ex. forums santé, campagnes de prévention…). **4. Mobilisation de relais citoyens** • Identification et accompagnement de citoyens ambassadeurs (parents, jeunes, aidants, bénévoles). • Formations de base (communication, santé publique, posture de relais…). **5. Développement d'outils participatifs et ludiques** • Défis collectifs (alimentation, activité physique, santé environnementale…). • Fresques santé, jeux collaboratifs, animations de rue. **6. Valorisation de la parole habitante** • Capsules vidéos, témoignages dans les lieux de vie. • Outils déjà bien utilisés par la direction de la communication : à capitaliser et élargir. **7. Suivi et évaluation participative** • Évaluation des actions par les citoyens, avec appui méthodologique (questionnaires, groupes de discussion…).
Public visé	• Habitants de Cholet Agglomération (avec une attention particulière pour les jeunes, les personnes âgées, les aidants, les habitants des quartiers prioritaires, les personnes concernées par des problématiques de santé mentale). • Associations locales, bénévoles, relais de proximité.
Pilotage de l'action	• Agglomération
Partenaires	• ARS, CPAM, CAF • Centres sociaux et maisons de quartier • Associations locales (santé, culture, sport, éducation populaire) • Réseaux d'usagers existants (CLSM) • Établissements scolaires, relais jeunes • Collectivités • Direction de la communication
Typologie de l'action	Nouvelle action, construite à partir de dynamiques locales existantes et à renforcer.
Durée de l'action	Pluriannuelle (2027–2030), avec une montée en puissance progressive et des temps forts réguliers.
Calendrier de mise en œuvre	• 2027 : cadrage, repérage de l'existant, premières actions test. • 2028–2029 : structuration des démarches participatives dans tous les axes du CLS, élargissement du réseau. • 2029–2030 : consolidation, autonomisation progressive des relais, évaluation et valorisation.
Moyens à mettre en œuvre	**Humains :** coordination CLS, référents dans les centres sociaux, citoyens relais, animateurs des démarches participatives.

	Techniques / logistiques : salles, outils numériques, kits d'animation (fresques, vidéos, boîtes à idées…). **Financiers :** à estimer selon les formats retenus.
Quelle communication sur l'action ? Auprès de qui ?	• Via les réseaux de proximité (centres sociaux, CCAS, associations) • Utilisation renforcée de capsules vidéo, témoignages, portraits (en lien avec la direction de la communication) • Création d'une page dédiée sur le site de l'Agglomération • Diffusion via les outils et supports communaux existants
Evaluation	• Nombre de citoyens impliqués (selon le degré d'implication : information, consultation, co-construction, co-décision) et de relais formés • Taux de participation aux événements co-construits • Nombre d'initiatives issues de concertations • Indicateurs qualitatifs (confiance, sentiment d'utilité, perception du CLS)
Conditions de réussite	• Démarches réellement co-construites, pas descendantes • Capitalisation sur l'existant pour éviter la superposition • Appui méthodologique clair pour les démarches • Reconnaissance des propositions citoyennes par les décideurs
Points de vigilance, risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.	• Fatigue participative : éviter de mobiliser sans résultats visibles. • Publics éloignés : nécessité de relais et de médiation sociale. • Risque d'instrumentalisation : garantir le suivi des idées exprimées et communiquer clairement en amont sur les objectifs, les règles du jeu et les leviers de décision. • GoFusion : incertitude sur son maintien, prévoir un autre outil. • Valorisation de la parole habitante : poursuivre les formats vidéo et témoignages déjà utilisés par la direction de la communication, en veillant à la diffusion à l'échelle intercommunale. • Précarité des publics : en cas de mobilisation de personnes éloignées ou précaires, interroger la valeur de leur contribution, y compris en envisageant des formes de reconnaissance ou compensation.

Axe 4 : Participation, communication et gouvernance en santé

Fiche action n°15 : *Intégrer la santé dans les projets des services et des communes et structurer la coordination entre communes*

Argumentaire	L'atelier gouvernance du séminaire du 18 septembre 2025 a mis en évidence la nécessité de renforcer la coordination entre les communes et les services de Cholet Agglomération, ainsi que de développer une culture commune de la santé publique. Le diagnostic territorial révèle des disparités d'implication et de ressources entre les communes, et un manque de transversalité au sein même des services. Sans pilotage structuré ni acculturation partagée, les politiques de santé publique peinent à se diffuser dans les projets de territoire. L'enjeu est donc de rendre la santé visible, concrète, intégrée dans l'action publique locale et portée collectivement.
Objectif de l'action / résultat(s) que l'on souhaite atteindre	• Développer une culture commune de la santé dans les services et les communes. • Structurer une gouvernance partagée et représentative à l'échelle intercommunale. • Faciliter l'intégration des enjeux de santé dans les politiques locales. • Renforcer l'équité territoriale en matière de prévention et d'accès aux ressources en santé.
Description de l'action => Etapes de mise en œuvre	1. **Identification de référents santé dans chaque commune** (élu ou agent) et dans les services techniques. 2. **Constitution de groupes de travail intercommunaux** par thématique ou par bassin de vie, sur la base de projets concrets. 3. **Intégration de la santé dans les fiches-projets** des communes et des services (avec appui méthodologique). 4. **Organisation de rencontres régulières entre DGS et services** pour mutualiser les pratiques et suivre les projets. 5. **Présentation annuelle du CLS** aux directions et services opérationnels pour faire vivre la dynamique. 6. **Relance du groupe des élus référents santé,** avec visites de terrain et échanges intercommunes.
Public visé	• Services municipaux et intercommunaux. • Élus et directions générales des communes. • Référents santé désignés dans les communes et les services.
Pilotage de l'action	Coordination CLS de Cholet Agglomération, en lien étroit avec les référents santé identifiés dans chaque commune.
Partenaires	Communes membres de Cholet Agglomération
Typologie de l'action	Nouvelle action, en appui à la mise en œuvre globale du CLS.

Durée de l'action	Pluriannuelle (2026–2030), avec un déploiement progressif par phases.
Calendrier de mise en œuvre	• 2026 : désignation des référents, formalisation de la gouvernance, lancement des premiers groupes intercommunes/services. • 2027 : intégration de la santé dans les projets de services, premiers bilans partagés. • 2028–2030 : consolidation des dynamiques, évaluation continue, montée en puissance.
Moyens à mettre en œuvre	• 0,2 à 0,3 ETP de coordination dédié. • Temps d'animation des groupes intercommunes/services. • Appui méthodologique ponctuel (ingénierie de projet, formation). • Mobilisation des outils de communication internes (intranet, réunions de direction...).
Quelle communication sur l'action ? Auprès de qui ?	• Présentation annuelle du CLS dans les communes et les services. • Valorisation des projets intégrant la santé (interne + externe). • Production de supports simples pour expliquer l'enjeu santé dans les politiques locales (exemples de fiches projet, vidéos, témoignages).
Evaluation	• Nombre de communes ayant désigné un référent santé. • Nombre de services ayant intégré la santé dans leurs projets. • Fréquence des rencontres interservices et intercommunes. • Implication des élus et agents dans les instances CLS. • Émergence d'actions mutualisées.
Conditions de réussite	• Adhésion politique forte de la part des maires et DGS. • Reconnaissance du temps d'animation comme un levier stratégique. • Accompagnement méthodologique pour faciliter l'intégration dans les projets.
Points de vigilance, risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.	• Risque de surcharge pour les petites communes ou services peu dotés. • Besoin de temps long pour faire évoluer les pratiques. • Importance d'un pilotage souple mais structurant, pour éviter la dispersion. • Besoin d'un accompagnement professionnel des démarches (animation, posture, cadre)

Axe 5 : Accès aux soins

Fiche action n°16 : *Améliorer l'orientation dans le système de santé et l'accès aux soins via la médiation et l'éducation à la santé*

Argumentaire	Le système de santé reste complexe et parfois peu lisible pour les habitants, notamment les publics les plus éloignés des soins. Plusieurs constats confortent ce besoin : • Des difficultés d'orientation dans les parcours de soins sont rapportées, • Des dispositifs existants, comme les soins non programmés, sont peu connus du grand public, • Le manque de repères ou d'accompagnement peut entraîner un renoncement aux soins ou un recours inadapté aux urgences. Le territoire de Cholet Agglomération bénéficie pourtant de dynamiques locales à valoriser, portées notamment par la CPTS et l'AMOC (Amicale des Médecins Omnipraticiens du Choletais). La médiation en santé et l'éducation à la santé sont donc des leviers pertinents pour faire connaître ces solutions, améliorer la confiance envers le système, et renforcer les capacités des habitants à agir sur leur santé.
Objectif de l'action / résultat(s) que l'on souhaite atteindre	Renforcer l'orientation des habitants dans le système de santé et améliorer l'accès aux soins grâce à des actions de médiation en santé, d'éducation à la santé et à une meilleure lisibilité des dispositifs existants sur le territoire.
Description de l'action => Etapes de mise en œuvre	L'action se structure autour de trois volets complémentaires : **1. Mieux faire connaître les dispositifs d'accès aux soins existants** • Cartographier et valoriser les dispositifs de soins non programmés (CH, polyclinique, CPTS, créneaux de consultation en ville, SAS…), • Déployer une communication adaptée aux publics concernés (supports simples, visuels, multilingues, relais de proximité…), • Organiser des temps d'information dans les lieux de vie : centres sociaux, maisons France Services, mairies, établissements scolaires…

	2. Développer des actions de médiation et d'éducation à la santé • Mettre en place un projet de médiation en santé pour accompagner les habitants dans leurs démarches (droits, prise de rendez-vous, suivi), • Déployer, en lien avec la CPTS, des ateliers d'éducation à la santé sur des thématiques comme le bon usage du système de soins, les droits des usagers, les premiers recours, etc. • Cibler les publics les plus éloignés des soins (jeunes, personnes âgées isolées, personnes en situation de handicap ou de précarité). **3. Renforcer la coordination des acteurs de l'accompagnement** • Travailler en complémentarité avec les acteurs de l'accompagnement, parmi lesquels la CPTS, le DAC, le CRT, les services sociaux et les professionnels de santé de ville.
Public visé	• Habitants éloignés des soins : jeunes, précaires, personnes âgées isolées, personnes en situation de handicap, • Professionnels relais : travailleurs sociaux, enseignants, animateurs, médiateurs, agents de proximité.
Pilotage de l'action	• Cholet Agglomération • En co-pilotage avec la CPTS
Partenaires	• CPTS du Choletais • AMOC • DAC • CH de Cholet, Polyclinique du Parc • PASS • CRT • CCAS / CIAS • MSP • Centres sociaux, structures d'insertion, associations de médiation en santé • ARS, CAF, CPAM, MSA • Maison France Services • Collectivités
Typologie de l'action	Action nouvelle, fondée sur la valorisation d'expériences locales déjà engagées et la volonté politique de renforcer l'éducation à la santé et l'équité d'accès aux soins.
Durée de l'action	Pluriannuelle (2027–2030).
Calendrier de mise en œuvre	• 2027 : recensement des dispositifs existants, élaboration des supports, cadrage du projet de médiation, • 2028 : déploiement des actions d'information et d'éducation à la santé, • 2029 et au-delà : structuration et pérennisation d'un réseau local de médiation.
Moyens à mettre en œuvre	**Moyens humains :** • Médiateurs santé, référents d'éducation à la santé, relais de proximité,

	Moyens financiers • ARS, CPAM, collectivités locales, partenaires institutionnels. **Moyens techniques et logistiques** • Supports de communication, lieux d'accueil (centres sociaux, mairies…),
Quelle communication sur l'action ? Auprès de qui ?	• Publics ciblés : habitants éloignés du système de santé (jeunes, précaires, personnes âgées, familles monoparentales, personnes migrantes), mais aussi relais de proximité (travailleurs sociaux, animateurs, agents d'accueil, enseignants). • Canaux : supports imprimés, numériques, communication de proximité (via les médiateurs santé, les services sociaux, les acteurs associatifs, les agents municipaux).
Evaluation	**Indicateurs de processus :** • Nombre de personnes accompagnées via la médiation, • Nombre de supports diffusés / ateliers menés, • Nombre de partenaires impliqués. **Indicateurs de résultats :** • Évolution du recours aux soins non programmés (via l'ATIH pour les données hospitalières), • Diminution du renoncement aux soins (via enquête), • Taux de satisfaction des bénéficiaires.
Conditions de réussite	• Co-construction avec les acteurs de terrain pour adapter les messages à la réalité des publics. • Approche territorialisée : s'appuyer sur les dynamiques locales existantes pour déployer des actions au plus près des habitants. • Soutien institutionnel fort, notamment de l'ARS et de l'Agglomération, pour asseoir la légitimité des actions de médiation et d'éducation à la santé. • Formations ou sensibilisations des relais de terrain (agents communaux, professionnels associatifs) pour en faire des ambassadeurs du dispositif.
Points de vigilance, risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.	• Éviter une complexification du parcours d'orientation : les outils ou messages doivent être simples, concrets et testés auprès des publics cibles. • Pérennisation des moyens humains : la médiation nécessite du temps dédié, une formation spécifique et une coordination. • Risque d'invisibilisation des publics les plus éloignés : il faudra aller vers eux de manière proactive, en s'appuyant sur les acteurs de proximité et les lieux de confiance (centres sociaux, marchés, bibliothèques, centres d'animation, foyers…).

Axe 5 : Accès aux soins

Fiche action n°17 *: Soutenir l'installation et l'ancrage des professionnels de santé*

Argumentaire	Le territoire de Cholet Agglomération est confronté à une tension croissante sur les ressources médicales et paramédicales : • 6,8 médecins généralistes pour 10 000 habitants, contre 8,2 au niveau national ; • 12,6 % des habitants de 17 ans et plus n'ont pas de médecin traitant déclaré ; • Certaines professions (chirurgiens-dentistes, kinésithérapeutes, orthophonistes) sont peu représentées, obligeant certains habitants à parcourir plus d'une heure pour accéder à un professionnel. La collectivité est fortement mobilisée sur ces questions : elle a engagé un plan d'attractivité médicale ambitieux (800 000 € sur 3 ans), avec des résultats qu'il convient aujourd'hui de consolider. L'installation et surtout l'ancrage durable des professionnels passent notamment par : • un accueil de qualité, • un appui logistique clair, • une coordination territoriale cohérente, • et des conditions de travail attractives et harmonisées.
Objectif de l'action / résultat(s) que l'on souhaite atteindre	Faciliter l'accueil, l'installation et l'intégration durable des professionnels de santé médicaux et paramédicaux, en lien avec les dynamiques locales (MSP, CPTS, centres de santé), afin de renforcer l'offre de soins de proximité sur l'ensemble du territoire de Cholet Agglomération.
Description de l'action => Etapes de mise en œuvre	L'action vise à structurer une politique d'accueil lisible et proactive, articulée autour de trois leviers : **1. Mise en place d'un guichet unique d'installation** • Centralisation de l'information et accompagnement des professionnels (installés ou en projet), des internes et stagiaires ; • Appui administratif, orientation vers les ressources existantes, lien avec les communes et les structures de santé ; • Intégration d'un volet « conditions de vie », en particulier l'accès au logement, en cohérence avec les réflexions déjà engagées par les acteurs du territoire (dont le CH de Cholet avec le projet de rénovation de l'internat) ; • Référent identifié et coordination assurée par la collectivité.

	2. Animation d'une dynamique de territoire • Organisation de rencontres régulières entre professionnels de santé, y compris étudiants, pour favoriser les échanges, renforcer les liens interprofessionnels et encourager l'ancrage ; • Implication de la CPTS, des MSP et centres de santé, élus, et structures de formation dans cette dynamique ; • Appui aux innovations organisationnelles qui contribuent à améliorer l'accès aux soins (ex. téléconsultation assistée), en lien avec les actions déjà conduites sur le territoire, notamment avec la CPTS. **3. Appui à l'installation et à la mise à disposition de locaux *(sous réserve d'arbitrages à venir)*** • Recensement des locaux mobilisables (libres ou mutualisables), identification des besoins spécifiques (ex. agrandissement de structures, accueil d'IPA ou d'assistants médicaux) ; • Harmonisation des conditions d'accueil entre communes, pour garantir une cohérence d'ensemble tout en prenant en compte les différents zonages ; • Étude de la reconduction du plan d'attractivité médicale et d'un possible élargissement au soutien des professionnels paramédicaux repérés en tension.
Public visé	• Professionnels de santé médicaux et paramédicaux, en activité ou en projet d'installation ; • Internes, stagiaires, professionnels en exercice coordonné ; • Communes et structures locales engagées dans l'accueil de professionnels.
Pilotage de l'action	• Cholet Agglomération • En co-pilotage avec la CPTS.
Partenaires	• CPTS • Etablissements de santé (CH de Cholet, Polyclinique du Parc) • CPAM, ARS • Conseil Départemental • URPS, ordres professionnels, maisons et centres de santé • Universités (médecine, IFSI…) • Associations étudiantes • Agences immobilières, office de tourisme • Élus locaux.
Typologie de l'action	Action structurante : elle s'appuie sur une dynamique existante (plan d'attractivité), mais vise à formaliser, harmoniser et renforcer les actions déjà engagées.
Durée de l'action	Pluriannuelle (2026–2030).
Calendrier de mise en œuvre	• 2026 : mise en place du guichet unique ; premières rencontres interprofessionnelles ; lancement du recensement des locaux disponibles. • 2027 et au-delà : accompagnement renforcé, animation territoriale continue, déploiement progressif des soutiens selon arbitrages.

Moyens à mettre en œuvre	**Moyens humains :** • Référent dédié au guichet unique ; • Animateurs de la dynamique territoriale (rencontres, lien avec structures) ; • Élu référent santé. **Moyens financiers** • À articuler avec le plan d'attractivité existant (800 000 € sur 3 ans) ; • Possibilité de mobiliser d'autres financements (CPAM, ARS, collectivités). **Moyens techniques et logistiques** • Locaux pour installation ou stages à recenser
Quelle communication sur l'action ? Auprès de qui ?	• Valorisation du territoire : relais des outils existants, qualité de vie, dynamisme professionnel, équipements ; • Mise en avant des dispositifs existants : plan d'attractivité, structures d'accueil, formation ; • Diffusion via les réseaux professionnels, les universités, les partenaires de l'installation.
Evaluation	**Indicateurs de processus** • Nombre de professionnels accompagnés via le guichet unique ; • Nombre de rencontres interprofessionnelles organisées ; • Nombre de structures ou communes impliquées. **Indicateurs de résultats** • Évolution du nombre de professionnels installés à 5 et 10 ans ; • Évolution du nombre de médecins traitants déclarés ; • Taux de couverture de certaines spécialités.
Conditions de réussite	• Clarification du portage politique et technique : désignation d'un élu référent santé et d'un animateur dédié pour garantir la lisibilité et la stabilité du dispositif dans le temps. • Mobilisation active des professionnels de santé du territoire : les professionnels déjà installés ont un rôle clé à jouer dans l'accueil et la promotion du territoire auprès des jeunes générations. Ils peuvent devenir de véritables ambassadeurs de l'attractivité locale, notamment en participant à des rencontres, en partageant leurs expériences ou en accueillant des étudiants en stage. • Articulation renforcée avec le plan d'attractivité médicale existant : cohérence des financements, des messages et des actions pour éviter les doublons ou la dispersion des moyens. • Recherche de locaux adaptés permettant des installations rapides ou des extensions d'activités (y compris pour de nouvelles fonctions comme les IPA, assistants médicaux, etc.). • Communication positive sur le territoire : valorisation du cadre de vie, de l'environnement professionnel, et des réussites d'installation récentes (témoignages, vidéos, réseaux sociaux, soirée de bienvenue…).
Points de vigilance, risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.	• Disparités d'implication entre communes : nécessité d'un cadrage intercommunal clair pour éviter des inégalités de traitement entre territoires, notamment sur les conditions d'accueil.

	• Risques de confusion entre les dispositifs d'installation existants (MSP, centres de santé, CPTS) si l'action n'est pas bien coordonnée. • Manque de lisibilité des interlocuteurs pour les professionnels si le guichet unique n'est pas clairement identifié ou peu animé. • Tensions sur le foncier et les locaux disponibles • Maintien dans le temps des professionnels installés : l'attractivité seule ne suffit pas sans une dynamique d'intégration durable (qualité de vie, charge de travail, soutien administratif et en exercice coordonné).

Axe 5 : Accès aux soins

Fiche action n°18 : *Créer des passerelles entre les professionnels de santé, du social et les acteurs locaux*

Argumentaire	Sur le territoire de Cholet Agglomération, de nombreuses personnes cumulent des difficultés de santé, de précarité, d'isolement ou de mobilité, qui nécessitent un accompagnement global et coordonné. Malgré une dynamique partenariale locale réelle, le système demeure encore trop cloisonné : • Les professionnels de santé ne connaissent pas toujours les dispositifs sociaux, médico-sociaux ou associatifs existants ; • Les acteurs sociaux ne savent pas toujours à qui s'adresser pour des questions de santé ; • Des échanges existent mais ils reposent parfois sur des initiatives individuelles et informelles. Cette situation est susceptible de générer des ruptures de parcours et des retards dans l'accès au soin. Il existe un besoin partagé de structurer un réseau de proximité, de mieux se connaître pour mieux coopérer, et de s'appuyer sur les dynamiques existantes à l'échelle locale.
Objectif de l'action / résultat(s) que l'on souhaite atteindre	Favoriser les coopérations intersectorielles en complémentarité avec la CPTS, notamment pour les publics en situation complexe et éloignés du soin.
Description de l'action => Etapes de mise en œuvre	L'action se décline en deux volets complémentaires : **1. Structuration d'un réseau interprofessionnel santé-social** • Recensement et valorisation des annuaires et ressources existants ; • Construction d'un réseau local coordonné à l'échelle intercommunale, en lien avec le CLS, la CPTS et le DAC ; • Mise en place d'outils partagés : agenda des actions locales de santé, partage de ressources et d'outils pédagogiques, relais via les supports existants (Synergences, bulletins municipaux, IntraMuros…). **2. Expérimentation de temps de rencontre interprofessionnels à calibrer progressivement** • Modalités à définir selon les attentes et les possibilités des professionnels impliqués ; • Ces temps de rencontre auront pour objectifs : ▪ De favoriser la connaissance mutuelle, ▪ De renforcer l'orientation entre professionnels, ▪ De faire émerger des projets communs.

Public visé	• Professionnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens, IPA…) ; • Acteurs sociaux, médico-sociaux, associatifs et éducatifs ; • Collectivités locales ; • Habitants, notamment les publics éloignés des soins (impact indirect)
Pilotage de l'action	• Cholet Agglomération • En copilotage avec la CPTS.
Partenaires	• CPTS du Choletais • DAC • DOSMI • CIAS / CCAS / CLIC • Centres sociaux • Structures médico-sociales et sanitaires (CH de Cholet, hôpital Lys Hyrôme, MSP, CMS…) • ARS, CAF, MSA • Associations locales (France Alzheimer, Ligue contre le cancer, Croix-Rouge, etc.) • Établissements scolaires • Santé Travail Cholet Saumur (STCS)
Typologie de l'action	Action nouvelle, fondée sur des dynamiques locales, à structurer et faire monter en puissance progressivement à l'échelle intercommunale. Le modèle de Mauges Communauté a inspiré les partenaires pour sa capacité à fédérer les acteurs autour de temps forts partagés et visibles.
Durée de l'action	Pluriannuelle (2027–2030).
Calendrier de mise en œuvre	• 2027 : repérage des acteurs et outils existants ; • 2028-2029 : lancement du réseau interprofessionnel, co-construction des premières modalités de rencontres • 2029 - 2030 : évaluation des retours pour ajustement
Moyens à mettre en œuvre	**Moyens humains :** • animateurs du réseau • professionnels mobilisés • élus • partenaires associatifs. **Moyens financiers** • ARS, CPAM, Cholet Agglomération, collectivités locales **Moyens techniques et logistiques** • salles municipales, outils de communication (web, affichage, presse locale)
Quelle communication sur l'action ? Auprès de qui ?	• Valorisation du territoire : qualité de vie, dynamisme professionnel, équipements ; • Mise en avant des dispositifs existants : plan d'attractivité, structures d'accueil, formation ; • Diffusion via les réseaux professionnels, les universités, les partenaires de l'installation.
Evaluation	**Indicateurs de processus :** • Nombre d'acteurs recensés et impliqués • Nombre de rencontres interprofessionnelles test • Diversité des secteurs représentés

	Indicateurs de résultat : • Taux de satisfaction des participants ; • Qualité des échanges interprofessionnels (questionnaires, retours d'expérience).
Conditions de réussite	• Portage clair • Co-construction avec les partenaires dès le démarrage • Formats souples et adaptés à la réalité de terrain • Appui sur les relais de proximité pour ne pas sur-solliciter les professionnels
Points de vigilance, risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.	• Veiller à ne pas ajouter de surcharge aux professionnels • Rendre visible le réseau sans multiplier les outils • Éviter la redondance avec les actions portées par les dispositifs existants (CPTS, DAC…)

Article 4 : Gouvernance du Contrat Local de Santé de Cholet Agglomération

La mise en œuvre du Contrat Local de Santé 2026–2030 de Cholet Agglomération repose sur une gouvernance à plusieurs niveaux, associant étroitement pilotage stratégique, suivi opérationnel et mobilisation des acteurs de terrain. Cette organisation vise à garantir une action collective cohérente, efficace et ancrée dans les réalités locales.

- **Comité de pilotage stratégique (COPIL)**

Co-présidé par Cholet Agglomération et l'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire, le COPIL réunit les signataires du contrat ainsi que des partenaires institutionnels et opérationnels mobilisés sur les thématiques de santé. Il se réunit une fois par an (ou plus si besoin) afin de :

  - Suivre la mise en œuvre globale du CLS et valider les bilans annuels,
  - Approuver d'éventuels ajustements stratégiques,
  - Veiller à la cohérence entre les actions locales et les priorités régionales (PRS 2023–2028) et nationales,
  - Renforcer l'implication des communes membres dans la dynamique de santé publique.

- **Comité technique de suivi (COTECH)**

Réuni deux fois par an, le COTECH associe l'Agglomération, l'ARS et les pilotes d'actions. Il assure :

  - Le suivi de l'avancée des fiches actions,
  - La coordination opérationnelle entre acteurs,
  - L'animation intersectorielle et la préparation des temps forts (COPIL, forums, bilans...).

- **Coordination du CLS**

La coordination du CLS est assurée par un référent dédié au sein de Cholet Agglomération. Il veille à :

  - L'animation transversale du contrat,
  - Le lien avec les partenaires et les communes,
  - Le suivi du calendrier et des engagements pris,
  - La valorisation des résultats auprès des élus, services et habitants.

Une attention particulière est portée à l'articulation entre les services de l'Agglomération et les communes. Un binôme référent santé (élu + technicien) sera identifié dans chaque commune ou groupe de communes, afin de faciliter l'intégration de la santé dans les projets locaux et d'assurer un relai de proximité. Des réunions régulières entre services (dont DGS), ainsi qu'une présentation annuelle du CLS aux directions municipales, contribueront à faire vivre la dynamique.

- **Coordination du Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)**

Le CLSM de Cholet Agglomération constitue un espace de dialogue entre élus, professionnels, associations, usagers et institutions, piloté conjointement par l'Agglomération, l'ARS et le Centre hospitalier. Il s'appuie sur un comité de pilotage et des groupes de travail actifs.

La coordination est assurée par un référent dédié, en lien étroit avec le CLS. L'ouverture du CLSM à la thématique jeunesse, largement soutenue par les partenaires, permettra d'associer les acteurs éducatifs et de prévention dans un nouveau groupe de travail.

- **Appels à projets thématiques dans le cadre du CLS**

Dans une logique d'animation territoriale et de soutien aux dynamiques locales, Cholet Agglomération pourra lancer, en lien avec l'ARS et les partenaires du contrat, des appels à projets thématiques dans le cadre du CLS.

Ces appels à projets permettront de :

- Soutenir l'émergence ou l'essaimage d'initiatives locales en cohérence avec les priorités du plan d'actions,
- Expérimenter des approches innovantes ou intersectorielles sur des sujets identifiés comme stratégiques,
- Renforcer l'implication des acteurs de terrain et la mobilisation des communes autour d'enjeux ciblés.

Ils seront construits en co-construction avec les copilotes d'actions et les membres du comité technique, à raison d'un appel à projets par an selon les opportunités.

- **Temps forts et mobilisation des partenaires**

La gouvernance s'appuie également sur l'organisation de temps forts mobilisateurs (forums santé), co-construits avec les acteurs locaux. Sur la durée du contrat, Cholet Agglomération s'engage à organiser au moins un forum santé intercommunal, afin de renforcer l'interconnaissance des acteurs et la visibilité des ressources.

Article 5 : Évaluation du Contrat Local de Santé

L'évaluation du Contrat Local de Santé repose sur un pilotage rigoureux, une méthode partagée avec les partenaires, et des outils concrets pour suivre les avancées.

1. **Une gouvernance mobilisée pour le suivi**

Trois niveaux assurent la dynamique d'évaluation :

- **Le Comité de Pilotage (COPIL)** valide les bilans annuels, arbitre les réorientations stratégiques si nécessaire, et s'assure de la cohérence avec les priorités territoriales et régionales.
- **Le Comité Technique (COTECH)** suit l'avancée des fiches actions, coordonne les contributions des partenaires et alimente le bilan partagé.
- **La Coordination du CLS**, assurée par l'Agglomération, pilote au quotidien l'évaluation des actions en lien étroit avec les pilotes opérationnels.

2. Une méthode fondée sur les données et le retour d'expérience

Chaque action du CLS est assortie d'indicateurs de suivi, co-construits avec les partenaires lors des ateliers préparatoires. Ces indicateurs permettent de mesurer :

- L'activité (nombre d'actions, de bénéficiaires, de professionnels mobilisés),
- Les résultats (accès facilité, amélioration perçue, coordination renforcée),
- L'impact qualitatif (retour des usagers, évolution des pratiques…).

Les porteurs d'actions sont invités à renseigner régulièrement ces données et à partager les freins et leviers rencontrés.

Article 6 : Communication et valorisation du Contrat Local de Santé

La communication a été identifiée comme un levier central de réussite du Contrat Local de Santé, tant pour mobiliser les partenaires que pour rendre visible l'action publique en santé. Ce sujet a fait l'objet de nombreux échanges avec les élus, les services et les acteurs locaux tout au long de l'élaboration du contrat, et a été plébiscité dans l'enquête habitants comme un besoin prioritaire.

Une fiche action dédiée, co-pilotée par la direction de la communication de Cholet Agglomération, structure cette ambition.

L'objectif est double : rendre les actions de santé plus lisibles pour les habitants et favoriser une stratégie territoriale coordonnée, au service de la prévention, de l'accès à l'information et de la réduction des inégalités.

Concrètement, cette fiche action prévoit :

- Un diagnostic des outils et des besoins, avec une cartographie des supports existants, une identification des publics cibles et un benchmark d'initiatives inspirantes ;
- La création de supports accessibles, adaptés aux différents niveaux de littératie et valorisant les impacts concrets des actions (affiches, vidéos, annuaires, outils FALC...) ;
- Le déploiement d'événements récurrents, comme une semaine annuelle de la santé ou un forum santé, co-construits avec les partenaires locaux et ouverts au grand public ;
- Une attention renforcée aux publics éloignés, via les relais de proximité (centres sociaux, CCAS, écoles…) et des outils mobiles ou itinérants ;
- Un pilotage structuré et une évaluation partagée, pour suivre la portée et l'efficacité des actions de communication.

Cette stratégie s'inscrit dans une volonté forte de faire du CLS un outil visible, mobilisateur et accessible pour tous les habitants du territoire.

Article 7 : Durée et révision du contrat

Le contrat local de santé est conclu pour la période **2026 – 2030.** Il prend effet à compter de sa signature, le 8 octobre 2026, pour une durée de **5 ans.**

Le caractère flexible et évolutif du CLS au cours de sa mise en œuvre peut donner lieu à :

- **L'ajout et / ou l'abandon d'action(s),** sans la nécessité d'ajouter un avenant au contrat ;
- **L'évolution du calendrier** de mise en œuvre des actions ;
- Des modifications sur le financement des actions ;
- L'intégration de nouveaux partenaires et signataires.

Le contrat local de santé peut être révisé ou modifié par voie d'avenant, à la demande de l'une ou l'autre des parties signataires. Les révisions sont soumises à la validation du Comité de pilotage.