

Diagnostic territorial en santé

Octobre 2025

CHOlet 
agglomération



Table des matières

INTRODUCTION	3
1. ENJEUX DE SANTE DU TERRITOIRE : DONNEES STATISTIQUES ET ENTRETIENS	5
1.1 FRAGILITES SOCIALES ET TERRITORIALES	5
1.1.1 Une géographie contrastée	5
1.1.2 Une croissance démographique modérée	6
1.1.3 Un vieillissement de la population	6
1.1.4 Des structures familiales en évolution	8
1.1.5 Des fragilités sociales aux formes multiples	8
1.1.6 Des inégalités sociales et sanitaires territorialisées	9
1.2 ETAT DE SANTE DE LA POPULATION	11
1.2.1 Maladies chroniques et inégalités sociales	11
1.2.2 Dépistages et vaccination : des écarts entre publics et territoires	12
1.2.3 Addictions : un enjeu de santé publique majeur et multiforme	13
1.2.4 Activité physique : vers une pratique plus accessible, inclusive et adaptée	14
1.3 PUBLICS VULNERABLES	15
1.3.1 Personnes âgées : prévenir la perte d'autonomie	16
1.3.2 Jeunes : fragilités et besoins complexes	17
1.3.3 Personnes en situation de handicap : des besoins présents, une coordination à renforcer	17
1.4 SANTE MENTALE	18
1.4.1 Des indicateurs de souffrance préoccupants	18
1.4.2 Une offre de soins en santé mentale à renforcer	19
1.4.3 Une montée en complexité et un isolement accru des publics	19
1.4.4 Des professionnels en tension et une coordination fragilisée	20
1.4.5 Des dynamiques collectives à valoriser	20
1.4.6 Pistes d'amélioration partagées	21
1.5 SANTE ENVIRONNEMENTALE ET CADRE DE VIE FAVORABLE A LA SANTE	21
1.5.1 Changement climatique et santé : protéger les habitants face aux risques émergents	22
1.5.2 Végétal et santé : un impact positif	22
1.5.3 Périnatalité : poursuivre la dynamique en santé environnementale	24
1.5.4 Habitat : intégrer la santé dans la rénovation et l'aménagement	25
1.5.5 Mobilités : améliorer l'accessibilité et agir sur les inégalités de santé	27
1.5.6 Nutrition et alimentation : un enjeu transversal de santé publique, d'équité sociale et d'environnement	29
1.6 ORGANISATION ET ACCES AUX SOINS	32
1.6.1 Une offre de soins en déséquilibre territorial et professionnel	32
1.6.2 Des parcours de soins inégalement coordonnés, malgré des dynamiques prometteuses	34
1.6.3 Des freins persistants dans l'accès aux droits et à la couverture santé	36
2 RESULTATS DE L'ENQUETE HABITANTS	39

2.1	QUI SONT LES REpondANTS ?	39
2.1.1	<i>Une participation significative, mais à nuancer territorialement</i>	39
2.1.2	<i>Profils sociodémographiques des répondants</i>	39
2.2	DYNAMIQUE DU CLS ET TERRITORIALISATION	41
2.3	ZOOM SUR LES PUBLICS VULNERABLES	46
2.3.1	<i>Personnes en situation de handicap</i>	46
2.3.2	<i>Aidants familiaux</i>	47
2.3.3	<i>Personnes sans emploi</i>	48
2.4	SANTE MENTALE	49
2.5	PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE	51
2.6	ACCES AUX SOINS	52
3	SYNTHESE DU SEMINAIRE ELUS ET SERVICES	55
4	CONCLUSION GENERALE – ENJEUX POUR LE 3^{EME} CONTRAT LOCAL DE SANTE DE CHOLET AGGLOMERATION	63

INTRODUCTION

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1946.

L'amélioration de l'état de santé d'une population repose sur une approche globale : elle associe l'organisation du système de soins à une action volontariste sur les déterminants sociaux, environnementaux, économiques et culturels de la santé. À ce titre, les collectivités territoriales constituent un échelon stratégique de proximité pour initier et soutenir des dynamiques locales visant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

C'est dans cette perspective que **Cholet Agglomération engage son troisième Contrat Local de Santé (CLS)**, en partenariat avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) Pays de la Loire et les acteurs du territoire, dans la continuité d'une dynamique initiée depuis plus de dix ans.

Finalités du diagnostic

Ce diagnostic vise à :

- Apporter un éclairage sur les inégalités sociales et territoriales de santé au sein de Cholet Agglomération ;
- Mieux comprendre les situations de vulnérabilité, les zones de fragilité, les tensions dans l'offre de soins et les risques de ruptures dans les parcours ;
- Identifier les leviers d'action, les ressources existantes et les dynamiques de coopération à valoriser ;
- Contribuer à la définition d'un cadre stratégique partagé, en appui à la co-construction du futur plan d'action.

Méthodologie

Le diagnostic repose sur :

- **L'analyse de données quantitatives** 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...) ;
- **L'exploitation des documents de cadrage disponibles** à l'échelle du territoire : revue de territoire, évaluation du CLS 2, guide d'accompagnement des collectivités dans la réalisation d'un diagnostic local en santé environnementale (ORS Pays de la Loire).
- **La conduite d'entretiens ciblés** afin d'approfondir certains enjeux spécifiques et de compléter les données disponibles :
 - **Santé mentale :**
 - Mme Sophie LANDREAU, coordinatrice du Conseil Local en Santé Mentale (CLSM) ;
 - **Santé environnement et cadre de vie favorable à la santé :**
 - Monsieur Antoine RAMEH, Délégué à la Santé (Cholet Agglomération) ;

- Monsieur Tony COISCAULT, Directeur de la Famille, de la Petite Enfance et de la Cohésion Sociale (Cholet Agglomération) ;
 - Monsieur Julien GOUY, Chargé de mission Transition Ecologique (Cholet Agglomération) ;
 - Madame Laëtitia VENTAL, Ingénieur d'études sanitaires (Département Santé Publique et Environnementale, ARS 49) ;
 - Monsieur Damien LE GOFF, Ingénieur d'études sanitaires (Département Santé Publique et Environnementale, ARS 49).
- La restitution des **résultats de l'enquête habitants**, menée en juin 2025, venue enrichir le diagnostic par la parole et l'expérience des usagers du territoire.
 - Un **séminaire associant les élus et les services de l'Agglomération** : « La santé, un avenir collectif pour notre territoire », organisé le 18 septembre 2025.

1. Enjeux de santé du territoire : données statistiques et entretiens

1.1 Fragilités sociales et territoriales

1.1.1 Une géographie contrastée

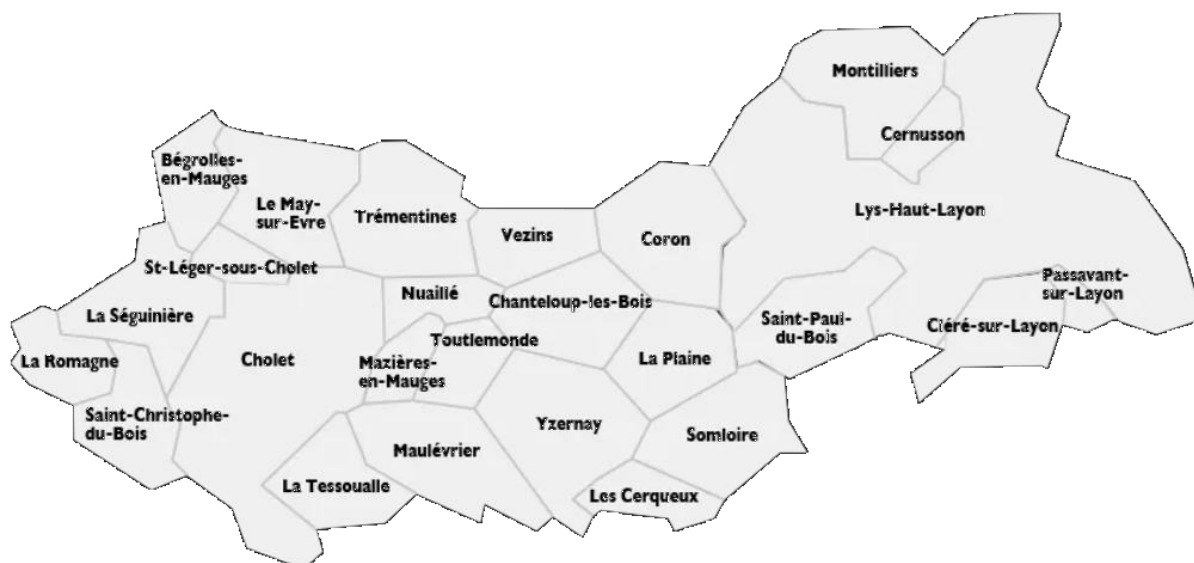
Cholet Agglomération regroupe **26 communes** issues de regroupements successifs d'intercommunalités (Communauté d'Agglomération du Choletais, Communauté de Communes du Bocage, du Vihierois-Haut-Layon). Ce territoire, situé au sud-ouest du Maine-et-Loire, s'étend sur **788 km²** et compte environ **104 470 habitants¹**.

Afin de répondre au plus près des besoins exprimés par les habitants, le diagnostic de santé mené à l'échelle intercommunale met en évidence trois grands types d'espaces aux profils différenciés :

- **La ville-centre de Cholet et sa première couronne périurbaine** concentrent la majeure partie de la population de l'Agglomération ainsi qu'une majorité des services publics, des équipements structurants et des professionnels de santé. Ce pôle central constitue un levier essentiel en matière d'accès aux soins, de prévention et d'innovation territoriale. Les communes de la première couronne, étroitement liées à Cholet (Saint-Christophe-du-Bois, La Romagne, La Séguinière, Saint-Léger-sous-Cholet, Bégrolles-en-Mauges, Le May-sur-Èvre, Trémentines, Nuaillé, Maulévrier, La Tessoualle, Mazières-en-Mauges), bénéficient de cette proximité.
- **Les quartiers prioritaires de Cholet (QPV)**, bien qu'insérés dans la ville-centre, présentent des enjeux propres : précarité socio-économique, moindre recours aux soins, isolement social, vulnérabilité accrue face aux déterminants sociaux et environnementaux de santé. Ces quartiers requièrent une attention particulière et des actions ciblées, construites avec les habitants et les acteurs de proximité.
- **Les communes rurales**, situées majoritairement à l'est et au centre du territoire (Coron, La Plaine, Yzernay, Vezins, Chanteloup-les-Bois, Toutlemonde, Somloire, Les Cerqueux, Saint-Paul-du-Bois, Lys-Haut-Layon, Montilliers, Cernusson, Cléré-sur-Layon, Passavant-sur-Layon), se caractérisent par une densité de population plus faible, un vieillissement marqué, et un accès plus complexe aux services de santé.

¹ Insee 2021

Organisation territoriale de Cholet Agglomération² :



1.1.2 Une croissance démographique modérée³

Le territoire connaît une croissance démographique lente. Entre 2015 et 2021, la population n'a progressé que de **+0,2 % par an**, portée exclusivement par un **solde naturel légèrement positif**. Le solde migratoire, quant à lui, est resté neutre, traduisant une attractivité limitée, notamment auprès des jeunes ménages et des actifs.

Les densités varient fortement d'une commune à l'autre. Si Cholet dépasse les 600 habitants/km², de nombreuses communes rurales affichent des densités inférieures à 50 hab./km².

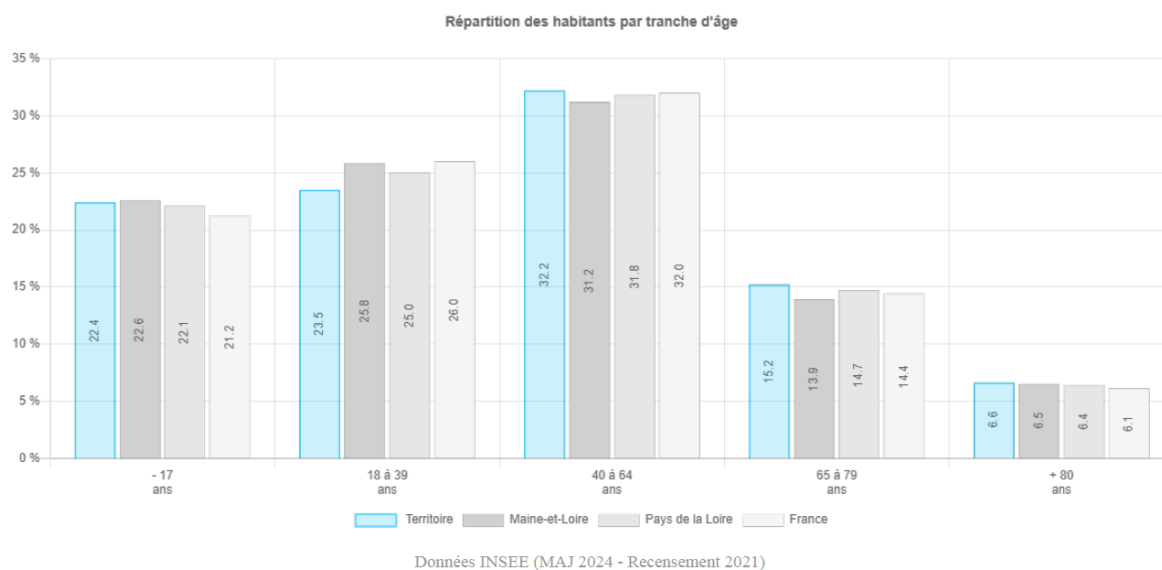
1.1.3 Un vieillissement de la population

Cette évolution se lit clairement dans la **répartition par tranche d'âge** de la population.

² Site internet de Cholet Agglomération

³ Insee 2021

Répartition des habitants par tranche d'âge⁴ :



La population de Cholet Agglomération est marquée par un **vieillessement progressif**, bien qu'inégalement réparti selon les communes.

- La **tranche d'âge des 40-64 ans** est la plus représentée, avec **32,2 % de la population**, un taux légèrement supérieur aux moyennes départementales et nationales.
- Les **seniors de 65 à 79 ans** représentent **15,2 %**, et les **80 ans et plus**, **6,6 %** : deux proportions également supérieures aux références régionales et nationales.
- À l'inverse, les **moins de 17 ans** (22,4 %) et les **18-39 ans** (23,5 %) sont légèrement sous-représentés.

L'**indice de vieillissement**, qui mesure le rapport entre les personnes âgées de 65 ans et plus et celles de moins de 20 ans, atteint **89** à l'échelle intercommunale⁵. Ce chiffre reflète une dynamique de vieillissement déjà avancée.

- À **Cholet**, l'indice s'établit à **96**, proche du seuil d'équilibre (100), au-delà duquel les seniors deviennent plus nombreux que les jeunes.
- Plusieurs **communes rurales ont déjà franchi ce seuil**, comme **Lys-Haut-Layon (102)** ou **Coron (100)**.
- D'autres s'en approchent, à l'image de **Trémentines (81)** ou **Saint-Paul-du-Bois (74)**.
- À l'inverse, des communes comme **Saint-Léger-sous-Cholet (65)** conservent un profil plus jeune.

Les dynamiques de vieillissement ou de rajeunissement varient selon les contextes territoriaux :

- Les **quartiers prioritaires (QPV)** de Cholet, qui regroupaient **7 895 habitants en 2020⁶**, se caractérisent par une population **plus jeune**, souvent en situation de précarité, et concentrant d'importants besoins en **prévention, accès aux soins et accompagnement social**.

⁴ Ibid

⁵ Observatoire des territoires, 2022

⁶ Insee, recensement de population 2020

- Les **communes rurales**, à l’opposé, sont susceptibles de connaître un **vieillissement accéléré**, accentué par le risque d’**isolement résidentiel**, l’**éloignement des services centraux** et une **sous-densité médicale** plus marquée.

Ces écarts démographiques soulignent la nécessité de **réponses sanitaires et sociales différenciées** selon les territoires.

1.1.4 Des structures familiales en évolution⁷

La composition des foyers à Cholet Agglomération reflète des dynamiques sociodémographiques contrastées, entre vieillissement de la population, progression des situations de monoparentalité et hausse des personnes vivant seules. Ces évolutions ont des conséquences directes sur les conditions de vie, l’accès aux droits et les besoins en santé.

En 2021, **plus d’un tiers des foyers est constitué d’une seule personne**, une tendance en hausse continue. Cette évolution, en lien avec le vieillissement démographique, renforce le risque d’isolement, notamment chez les personnes âgées.

Parallèlement, si les foyers composés de couples restent majoritaires, **la part des familles monoparentales est en augmentation** (+23 % depuis 2010). Près de 90 % d’entre elles sont constituées de mères seules avec enfants, souvent exposées à des fragilités économiques, sociales ou résidentielles.

Ces évolutions mettent en lumière la nécessité d’adapter l’action publique locale pour prévenir l’isolement, soutenir les familles fragiles et favoriser un cadre de vie propice au bien-être et à la santé de tous les profils de population.

1.1.5 Des fragilités sociales aux formes multiples⁸

Un profil socio-économique en situation intermédiaire, mais marqué par des disparités

Cholet Agglomération présente un profil globalement intermédiaire sur le plan économique :

- Le **niveau de vie médian** s’élève à 1 758 € mensuels (vs 1 811 € en France), proche de la moyenne départementale.
- Le **taux de pauvreté** (11 %) est inférieur à la moyenne nationale (15 %), mais **variable selon les communes**, avec une situation plus tendue à Cholet (1 736 € de niveau de vie médian).

Ces moyennes masquent **des écarts territoriaux marqués**, notamment dans les **quartiers prioritaires** (QPV) de Cholet⁹ :

- **Taux de pauvreté : 42 %**, avec des pics à 50 % à Jean Monnet ou Bretagne Bostangis,

⁷ Insee 2021

⁸ Analyse des Besoins Sociaux (ABS), 2022 / Insee 2021

⁹ Insee, 2020 / Contrat de Quartiers 2024-2030

- **Niveau de vie médian** inférieur à 1 200 € par mois,
- **Chômage des 15–64 ans** : proche de 50 %, jusqu'à 69 % pour les hommes dans certains secteurs.

Des profils de ménages et de publics particulièrement exposés

Certaines configurations de vie sont plus exposées à la précarité :

- **Familles monoparentales** : 34 % vivent sous le seuil de pauvreté, avec un niveau de vie médian de 1 298 €. Les femmes seules avec enfants représentent près de 90 % de ces situations.
- **Femmes** : plus nombreuses parmi les demandeurs d'emploi (55,5 %), davantage touchées par les temps partiels subis, les contrats courts, et les emplois peu qualifiés.
- **Jeunes** : un taux de chômage de 18,3 % chez les 15–24 ans (inférieur au national mais préoccupant), et une proportion importante de jeunes dits *NEET* (ni en emploi, ni en études, ni en formation).

Ces vulnérabilités sont **renforcées par une forte dépendance aux aides sociales** :

- 9,5 % des ménages perçoivent un minimum social (RSA, AAH),
- 18 % reçoivent la prime d'activité,
- 20 % des allocataires CAF à Cholet tirent plus de la moitié de leurs revenus des prestations sociales.

Une insertion professionnelle fragilisée par la structure de l'emploi et le niveau de qualification¹⁰

Le marché de l'emploi présente un double visage :

- Un **taux d'activité élevé** (78,6 %) et un **taux de chômage global modéré** (9,7 %),
- Mais une **structure professionnelle dominée par les emplois d'exécution** (ouvriers, employés), avec seulement 6,6 % de cadres.

Une offre d'accompagnement à consolider et mieux articuler

La Mission Locale, les dispositifs de la politique de la ville, et les actions jeunesse de la collectivité constituent un socle important pour accompagner les parcours d'insertion. Toutefois, l'évaluation du précédent CLS a mis en évidence des **marges de progression dans l'articulation entre les champs de l'emploi, du social et de la santé**, notamment pour éviter les ruptures de parcours et améliorer la lisibilité des dispositifs.

1.1.6 Des inégalités sociales et sanitaires territorialisées

¹⁰ Insee 2021

Au sein de Cholet Agglomération, les fragilités sociales et sanitaires prennent des formes variables selon les contextes géographiques. Trois grands types de territoires se distinguent, chacun avec des caractéristiques spécifiques à considérer dans le cadre du futur CLS.

La ville-centre de Cholet et sa première couronne

Cholet concentre l'essentiel des équipements et services de santé, ainsi que des dispositifs d'accompagnement social. Mais cette centralité masque une **hétérogénéité marquée** entre quartiers :

- Le nord-est de la ville cumule fragilités sociales, habitat dégradé et indicateurs sanitaires défavorables.
- À l'inverse, d'autres secteurs affichent une dynamique résidentielle plus positive. Les communes périurbaines proches (La Séguinière, Le May-sur-Èvre...) disposent d'une offre croissante de services, et peuvent jouer un **rôle de relais de proximité**, à condition de renforcer leur intégration dans les dynamiques intercommunales.

Les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV)

Les QPV de Cholet (Jean Monnet, Bretagne Bostangis, Colline Villeneuve, Favreau-Les Mauges) concentrent de nombreuses vulnérabilités :

- Taux de pauvreté de 42 % ;
- Chômage massif, notamment chez les jeunes hommes (jusqu'à 69 %) ;
- Faible niveau de qualification, forte part de familles monoparentales et de logements surpeuplés.

Ces quartiers cumulent **des fragilités structurelles** qui appellent une action intersectorielle et coordonnée, croisant santé, emploi, éducation, logement et cadre de vie.

Les communes rurales

Situées principalement au centre et à l'est du territoire, elles se caractérisent par :

- Un **vieillissement marqué** de la population (jusqu'à 30 % de plus de 65 ans) ;
- Un **accès limité aux soins et aux services**, notamment spécialisés ;
- Une **mobilité contrainte** par la dépendance à la voiture et le manque de solutions alternatives.

Ces communes sont confrontées à un risque d'**isolement accru**, en particulier pour les personnes âgées, et à des défis en matière d'attractivité résidentielle et de fracture numérique.

Cette lecture territoriale confirme la nécessité de construire un **Contrat Local de Santé différencié, en prise avec les réalités de terrain**. Chaque type de territoire appelle des leviers d'action spécifiques, tout en s'inscrivant dans une stratégie intercommunale cohérente et solidaire.

1.2 Etat de santé de la population

1.2.1 Maladies chroniques et inégalités sociales

Le profil sanitaire de Cholet Agglomération **n'affiche pas de signaux alarmants en matière de morbidité ou de mortalité**, mais des **fragilités diffuses** se dessinent, en lien avec les conditions de vie et les caractéristiques démographiques du territoire.

Le **taux de patients de 17 ans et plus bénéficiaires d'une exonération pour affection de longue durée (ALD)** s'élève à **23,1 %¹¹**, un niveau proche des moyennes régionale et départementale et **inférieur à la moyenne nationale (24,8 %)**.

Ce taux global, relativement modéré, est susceptible de masquer des **disparités liées au vieillissement de la population dans les communes rurales** et à la **présence de pathologies chroniques** influencées par les déterminants sociaux de santé.

Prévalence des pathologies dans la population consommannte :

Pathologies Patients consommateurs(5)	Ter.	Taux			Différence territoire et		
		Dép.	Rég.	Fr.	Dép.	Rég.	Fr.
Diabète de type 1 et diabète de type 2	5.3%* 5 446 pat.	5%	4.9%	5.6%	0.3	0.4	-0.3
Commune(s) neutralisée(s) (Passavant-sur-Layon)							
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	4%* 4 078 pat.	3.8%	4%	3.8%	0.2	0	0.2
Commune(s) neutralisée(s) (Passavant-sur-Layon)							
Insuf. Cardiaque grave, tr. du rythme graves, cardiop. valvulaires graves, cardiop. congénitales graves	2.5%* 2 539 pat.	2.3%	2.4%	2.4%	0.2	0.1	0.1
Commune(s) neutralisée(s) (Cernusson, Cléré-sur-Layon, Passavant-sur-Layon)							

Le diabète : un marqueur d'inégalités sociales

Le **diabète touche 5,3 % de la population**, un taux **supérieur à la moyenne régionale**. Cette pathologie est fréquemment associée à des **facteurs de risque sociaux et environnementaux** (sédentarité, alimentation déséquilibrée...).

Autres pathologies chroniques : les **maladies cardiovasculaires** concernent **2,5 % des patients**, et les **tumeurs malignes, 4 %**.

¹¹ DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2024)

1.2.2 Dépistages et vaccination : des écarts entre publics et territoires

Le recours aux dispositifs de prévention sur le territoire de Cholet Agglomération demeure **contrasté selon les publics, les territoires et les types d'actes**. Malgré l'existence d'un cadre organisé (prise en charge à 100 %, campagnes de sensibilisation, structures relais), la participation aux dépistages et à la vaccination reste **en deçà des objectifs de santé publique**, notamment pour les publics les plus vulnérables¹².

Des dépistages organisés à la participation insuffisante¹³

- **Cancer du sein** : la participation atteint **63,2 %** chez les femmes de 50 à 74 ans, un taux inférieur à l'objectif national de **70 %**, et légèrement en dessous de la moyenne départementale (64,8 %).

Malgré une prise en charge intégrale et un dispositif rodé, certaines femmes, notamment **en situation de précarité ou d'isolement**, ne réalisent pas cet examen, en raison de **freins d'accès aux cabinets de radiologie**, d'un **manque d'information compréhensible** ou d'une **faible confiance dans le système de soins**.

- **Cancer colorectal** : le taux de participation s'élève à **41 %**, en progression, mais toujours loin de la cible des **65 %** fixée au niveau national. Ce dépistage reste **insuffisamment approprié**, en particulier chez les personnes âgées peu accompagnées, les hommes, et les publics éloignés du système de santé.
- **Cancer du col de l'utérus et vaccination HPV** :
 - Moins de **52 %** des femmes concernées participent régulièrement au dépistage,
 - La vaccination contre les HPV reste limitée : **52,8 % des filles** et seulement **12,6 % des garçons** sont vaccinés en Pays de la Loire¹⁴.

Ces chiffres traduisent une **double vulnérabilité préventive**, notamment chez les jeunes femmes des **quartiers prioritaires** ou des **zones rurales**, où les freins peuvent être à la fois **logistiques, économiques, sociaux et culturels**. L'accès au suivi gynécologique y est souvent plus restreint, et l'adhésion aux messages de prévention moins acquise.

Une couverture vaccinale contrastée selon les publics¹⁵

- **Vaccinations infantiles** : les taux sont **satisfaisants** : **88,5 % pour le ROR**, **98 % pour le méningocoque C**.
- **Vaccination contre la grippe** : la couverture est **insuffisante** chez les personnes âgées : **53,7 % des 65 ans et plus** sont vaccinés, loin de l'objectif national de **75 %**.

¹² CRCDC Pays de la Loire

¹³ DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2024)

¹⁴ Ligue contre le cancer 44

¹⁵ DCIR/SNDS/SNIIRAM (Période du 01/04/2024 au 31/12/2024)

1.2.3 Addictions : un enjeu de santé publique majeur et multiforme

Les addictions, avec ou sans substances, constituent un **enjeu croissant de santé publique sur le territoire de Cholet Agglomération**, en particulier chez les jeunes.

Si les données régionales révèlent une **prévalence élevée des consommations à risque** (22 % de fumeurs quotidiens parmi les adultes, 26 % chez les jeunes de 17 ans, 26,6 % des adultes dépassent les repères de consommation d'alcool)¹⁶, ces tendances trouvent un écho local à travers l'activité de plusieurs structures d'accompagnement et de prévention.

Parmi les structures qui interviennent sur le territoire, **l'Association Ligérienne d'Addictologie (ALiA)**, déploie plusieurs dispositifs sur Cholet¹⁷ :

- **un CSAPA ambulatoire** (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) ;
- **un CAARUD** (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) nommé La Boutik ;
- **deux appartements thérapeutiques** sur les six du département.

L'activité du CAARUD de Cholet est particulièrement révélatrice : il concentre **la moitié des passages recensés dans le département**, avec une hausse marquée (+53 % en 2024). Cette situation est jugée préoccupante par l'association.

La consommation de **cocaïne**, notamment sous forme base, est très présente parmi les usagers, tout comme les polyconsommations. Le site participe à la veille sanitaire nationale via le dispositif SINTES, ce qui a permis de détecter et signaler un produit particulièrement dangereux en 2024.

Le CSAPA ambulatoire suit majoritairement des personnes dépendantes à **l'alcool (57 %)**, avec une part importante de publics actifs socialement : 84 % disposent d'un logement durable et 63 % ont un revenu d'activité. Les personnes âgées de 40 à 59 ans sont les plus représentées (43 %), et 45 % des démarches proviennent de l'initiative personnelle des usagers.

L'activité des **Consultations Jeunes Consommateurs (CJC)** connaît également une montée en puissance à Cholet. Les mineurs y représentent 28 % de la file active, avec une **prévalence du cannabis (56 %)**, suivie de l'alcool (22 %) et d'une montée de la cocaïne (5 %). Près de 60 % des jeunes sont polyconsommateurs.

Les **addictions sans substances** sont également prises en compte à Cholet, avec l'accompagnement spécifique de personnes souffrant de **troubles du comportement alimentaire**. Dans ce contexte, **les professionnels de l'accompagnement ont exprimé un besoin d'appui et de formation renforcée sur les conduites addictives**.

¹⁶ ORS Pays de la Loire

¹⁷ Rapport d'activité 2024, ALiA

En matière de **prévention**, des interventions sont menées auprès des publics scolaires (école Jules Verne, IUT), mais la baisse des financements régionaux fragilise les actions ciblant les lycéens et apprentis. ALiA intervient également en milieu professionnel et développe son offre de formation certifiée Qualiopi, avec une volonté de la renforcer à Cholet.

Enfin, l'association participe aux maraudes sur la Ville de Cholet et anime localement des dynamiques partenariales structurantes : les « **P'tits déjà addicto** », qui favorisent les échanges interprofessionnels, et le **Comité des Acteurs en Addictologie du Maine-et-Loire (CAAd49)**.

L'association **Addictions France** est également un acteur essentiel sur le territoire. Elle collabore avec Cholet Agglomération, notamment sur des actions de formation et de prévention en milieu scolaire, contribuant à la sensibilisation des jeunes et des équipes éducatives.

D'autres structures viennent compléter ce maillage territorial :

- **L'Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)** du CH de Cholet aide à la détection et à la prise en charge des addictions chez les patients hospitalisés, en collaboration avec diverses structures et professionnels de santé. Elle assure également la continuité des soins et l'orientation des personnes vers des services spécialisés après leur sortie.
- **Le Service Médical de Réadaptation Addictologie (SMR-A) Les Euménides** propose une hospitalisation de jour flexible pour les usagers et leur entourage. Ce dispositif permet une prise en charge sur le long terme via des consultations individuelles, des groupes de soutien et des ateliers thérapeutiques.
- L'association **Entraid'addict 49** aide les personnes souffrant d'addictions et leur entourage grâce à un soutien, une écoute et un accompagnement adaptés à chaque situation. Elle vise également à créer des liens entre les professionnels du secteur pour mieux répondre aux défis posés par les addictions.

Malgré une offre de soins hospitalière fragile, l'ensemble de ces acteurs – services hospitaliers, structures médico-sociales, associations - opère en complémentarité. Leur coopération permet d'assurer une **prise en charge globale et continue**, depuis la prévention jusqu'à la réinsertion, en intégrant les dimensions **médicale, psychologique et sociale**. Un **réseau solide**, indispensable pour répondre à la complexité des parcours liés aux addictions.

1.2.4 Activité physique : vers une pratique plus accessible, inclusive et adaptée

Cholet Agglomération bénéficie d'une **culture sportive dynamique et ancrée**, soutenue par une **politique volontariste en matière d'équipements** et d'animation territoriale.

La ville-centre de **Cholet**, plusieurs fois distinguée comme « **Ville la plus sportive de France** », dispose de plus de **100 équipements sportifs** : stades, gymnases, piscines, skate-parks, parcours santé, terrains de tennis, salles spécialisées...

À l'échelle intercommunale, cette offre est **complétée par des équipements de proximité et un réseau d'associations sportives**, y compris dans certaines communes rurales. **Près de 30 % des habitants de Cholet sont licenciés dans un club ou une association sportive, soit plus de 15 000 personnes.**

Cette dynamique repose sur :

- Un **investissement constant des collectivités**,
- La reconnaissance du **sport comme levier de bien-être, de prévention et de lien social**,
- Un **engagement fort du tissu associatif local**.

Des freins persistants à l'activité physique

Malgré ces atouts, **l'accès régulier à l'activité physique** reste inégal selon les publics et les territoires. Plusieurs facteurs limitent la pratique chez les personnes les plus vulnérables :

- **Contraintes de temps et de budget** : notamment pour les **femmes en emploi précaire**, les **parents isolés**, ou les **ménages modestes**.
- **Problèmes de mobilité** : dans les **zones rurales** et **périphériques**, **l'éloignement des équipements** freine la participation à des pratiques encadrées.
- **Facteurs culturels et psychologiques** : crainte du regard des autres, manque de confiance, absence d'expérience sportive, ou sentiment de ne pas être « légitime » à pratiquer.

Les habitants des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), les femmes, les personnes âgées ou en situation de handicap sont particulièrement concernés. Les offres disponibles, souvent centrées sur les sports collectifs masculins, ne répondent pas toujours à leurs besoins.

Vers une activité physique adaptée et de proximité

Pour y répondre, des démarches se développent localement en faveur de **l'activité physique adaptée et de l'accessibilité pour tous** :

- **Des partenariats avec les professionnels de santé de premier recours** (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes...) et acteurs associatifs permettent de repérer les publics éloignés de la pratique sportive et de proposer des activités encadrées et adaptées à leurs capacités.
- Des associations comme **La Jeune-France de Cholet** s'impliquent activement dans les actions de **sport-santé**, notamment auprès des habitants des QPV. La Jeune-France développe également un programme de **sport sur ordonnance**, en lien étroit avec la **Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS)**, pour faciliter la pratique d'activités physiques adaptées prescrites par un professionnel de santé.

1.3 Publics vulnérables

Le présent chapitre propose une lecture des vulnérabilités à partir de données objectivées, en ciblant trois profils particulièrement concernés : **les personnes âgées, les jeunes et les personnes en situation de handicap**. Cette analyse est complétée, dans le volet qualitatif et

l'enquête habitants, par d'autres formes de vulnérabilité exprimées, notamment les situations de précarité ou les responsabilités d'aidants.

1.3.1 Personnes âgées : prévenir la perte d'autonomie

Le vieillissement est un enjeu structurant sur le territoire : **près de 28 % des habitants ont 60 ans ou plus**. Cette dynamique s'accompagne d'un **isolement croissant** : 1 senior sur 4 vit seul à partir de 60 ans, et près de 50 % au-delà de 80 ans.

Un socle médico-social présent mais qui semble insuffisant

Le territoire dispose de :

- **5 Services de Soins Infirmiers à Domicile – SSIAD** - (385 places), **7 résidences autonomie**, **2 accueils de jour**, **1 plateforme de répit Alzheimer** ;
- Un **taux d'équipement en EHPAD** (106 pour 1 000 personnes de plus de 75 ans, soit 10,6 %) **inférieur aux moyennes départementale (11 %) et régionale (12 %)**¹⁸.

Un diagnostic partagé entre professionnels souligne la complexité croissante des situations à domicile : isolement, logements inadaptés, coordination insuffisante. Le projet de Centre de Ressources Territorial (CRT) apporte une réponse ciblée à ces enjeux :

- Mise en place de **plans d'accompagnement individualisés** en sortie d'hospitalisation ;
- Coordination renforcée entre les services à domicile, EHPAD, HAD et hôpital ;
- Déploiement d'une **astreinte infirmière de nuit** ;
- Soutien des aidants (relayage, répit, accueil temporaire). Ces actions traduisent une volonté commune de consolider la réponse gériatrique du territoire.

Des tensions importantes dans l'offre et la prise en charge¹⁹

Le territoire est confronté à des tensions croissantes dans la prise en charge des personnes âgées. Selon les données disponibles, **8,7 % des personnes de plus de 70 ans ne disposent pas de médecin traitant**²⁰, avec une dégradation plus marquée de l'accès aux soins dans les communes rurales.

Les services d'aide à domicile sont également sous forte pression : le rapport d'évaluation du CLS 2 signale une **surcharge de travail pour les intervenants**, liée à des effectifs insuffisants au regard des besoins croissants. Par ailleurs, **le manque de coordination gériatrique structurée**, notamment l'absence de référents de parcours et d'outils partagés entre les acteurs du soin et du médico-social, limite la capacité du territoire à anticiper les situations de rupture dans les parcours de soins des personnes âgées.

Enfin, l'accès aux établissements d'hébergement est très inégal selon la localisation selon le CLIC Igeac. Les places en EHPAD ou résidence autonomie sont particulièrement limitées car

¹⁸ La moyenne française est de 9 % (90 pour 1 000) d'après la Drees

¹⁹ Rapport d'évaluation du CLS 2

²⁰ DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2024)

très demandées à Cholet, ce qui génère des délais importants. À l'inverse, les communes plus éloignées de la ville-centre disposent parfois de disponibilités, notamment pour les situations d'urgence.

1.3.2 Jeunes : fragilités et besoins complexes²¹

Les **jeunes constituent environ 20 % de la population de Cholet Agglomération**, mais leur part tend à diminuer, en particulier chez les 18-24 ans, traduisant une attractivité limitée du territoire pour cette tranche d'âge.

Cette dynamique s'accompagne de signes de vulnérabilité préoccupants. Environ **17 % des 18-24 ans sont en situation de NEET** (ni en emploi, ni en études, ni en formation), avec un taux encore plus élevé chez les jeunes hommes à Cholet, atteignant près de 20 %. Par ailleurs, les QPV concentrent des situations de précarité marquées : forte présence de familles monoparentales, taux élevé de surpeuplement des logements et fragilité économique des ménages.

La santé mentale des jeunes représente également un point d'alerte majeur (cf. voir chapitre 1.4).

La Maison des Adolescents (MdA), implantée sur le territoire, joue un rôle important auprès des jeunes en difficulté. Destinée aux adolescents de 11 à 21 ans, sa finalité est le **bien-être du jeune**, avec des missions d'accueil, de prévention, de soutien aux parcours et de synergie des acteurs²². Un travail de terrain significatif est conduit avec les jeunes présentant des signaux de mal-être adolescent, visant à renforcer le repérage précoce et l'orientation.

Les motifs de consultation les plus fréquents restent le **mal-être, la vie affective et la scolarité**. En 2024, ces motifs représentaient respectivement 25 %, 21 % et 15 % des demandes.

Le nombre de situations actives reste stable avec 158 situations suivies sur le territoire de Cholet Agglomération (contre 165 en 2023), pour un total de 393 entretiens réalisés (vs 401 en 2023). La durée moyenne d'accompagnement a diminué, passant de 72 jours en 2023 à 50 jours en 2024.

1.3.3 Personnes en situation de handicap : des besoins

²¹ Analyse des besoins sociaux (ABS)

²² Maison des Adolescents (bilan 2024 et rapport d'activité 2023)

présents, une coordination à renforcer²³

Le handicap constitue un enjeu majeur mais encore insuffisamment intégré dans les politiques publiques locales de Cholet Agglomération. Les données issues de l'ABS montrent que **4,1 % des ménages choletais perçoivent l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH)**, un taux qui grimpe jusqu'à 11 % dans les Quartiers Prioritaires de la Ville, témoignant d'une forte précarité liée au handicap dans ces zones. Par ailleurs, 2,8 % des enfants de 1 à 17 ans sont reconnus en situation de handicap sur le territoire.

L'offre médico-sociale y est relativement dense, avec la présence de :

- 2 Instituts Médico-Éducatifs (IME),
- 1 Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (ITEP),
- 5 Services d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD),
- 4 Établissements ou Services d'Aide par le Travail (ESAT),
- 3 foyers de vie,
- 1 FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé),
- 1 EAM (Établissement pour Adultes Handicapés),
- 1 Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH),
- Plusieurs Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS).

Toutefois, **cette offre reste inégalement accessible : les habitants des communes rurales de l'agglomération rencontrent des difficultés de mobilité pour accéder à ces structures**, et les capacités d'accueil limitées entraînent souvent des délais importants d'orientation ou de prise en charge.

De nombreuses ruptures de parcours sont également rapportées, notamment lors de moments de transition sensibles comme la sortie du système scolaire, le passage à la majorité ou encore la perte d'un aidant familial. Le manque de continuité entre les dispositifs enfance et adulte, ainsi qu'entre les structures médico-sociales et la médecine de ville, complexifie davantage les parcours. Enfin, le manque de professionnels formés, notamment en psychiatrie et en soins adaptés au handicap, est identifié comme un frein majeur à une prise en charge globale et coordonnée des personnes en situation de handicap sur le territoire

1.4 Santé mentale

La santé mentale constitue un enjeu majeur sur le territoire de Cholet Agglomération, avec une progression nette des troubles psychiques dans toutes les tranches d'âge et une complexification croissante des situations rencontrées par les professionnels du territoire.

1.4.1 Des indicateurs de souffrance préoccupants²⁴

²³ Rapport d'évaluation du CLS 2 / Analyse des Besoins sociaux (ABS)

²⁴ Analyse des Besoins Sociaux (ABS)

A l'échelle locale, plusieurs données soulignent l'ampleur de la souffrance psychique :

- **Un indice comparatif de mortalité par suicide élevé** : 129 tous âges confondus et 144 chez les 25–64 ans, largement au-dessus des moyennes régionale et nationale ;
- **Une hausse marquée des troubles chez les jeunes** : troubles du comportement, anxiété, usage de psychotropes en hausse (indice de prise en charge pour troubles mentaux de 106 chez les 18–24 ans) ;
- Des données régionales qui corroborent la tendance²⁵ : près de 20 % des adultes souffrent de troubles anxieux, 15 % de dépression, et 10 % déclarent des idées suicidaires ; 16,6 % des jeunes de 17 ans présentent un syndrome dépressif modéré à sévère.

Paradoxalement, le taux de patients en **affection de longue durée pour troubles psychiatriques** reste faible (1,8 % contre 2,6 % au national), pouvant refléter un sous-recours aux soins spécialisés lié notamment à des freins d'accès ou à un défaut d'orientation.

1.4.2 Une offre de soins en santé mentale à renforcer²⁶

L'accès aux soins psychiques et psychiatriques est aujourd'hui limité sur le territoire :

- **Délai d'attente important pour accéder au Centre Médico-Psychologique (CMP), au CSAPA ALiA ou au SAMSAH,**
- **Recentrage du CMP sur les pathologies psychiatriques chroniques,**
- **Absence de service d'urgences psychiatriques à Cholet,** fermeture ou saturation des structures hospitalières (Racamier, Dénicker) : les hospitalisations pour soins psychiatriques ont désormais lieu en dehors de Cholet, et parfois même en dehors du département, ce qui peut poser des difficultés en termes de continuité des soins ;
- **Rareté des médecins psychiatres ou généralistes assurant un suivi post-hospitalisation ou ambulatoire ;**
- **Manque de psychologues conventionnés dans le cadre du dispositif « Mon psy » et d'infirmiers libéraux pour les soins psychiatriques ;**
- **Saturation des dispositifs de psychiatrie enfants et adolescents.**

Cette situation fragilise fortement la continuité des parcours, en particulier pour les publics vulnérables (jeunes, en situation de précarité...).

1.4.3 Une montée en complexité et un isolement accru des publics

²⁵ ORS Pays de la Loire

²⁶ Constats issus du Groupe « souffrance sociale et psychologique », CLSM Cholet Agglomération

Les partenaires signalent une aggravation de la souffrance psychique, en lien avec :

- **L'isolement social, la précarité, les addictions et l'exposition aux écrans ;**
- La détresse psychologique marquée des jeunes et des publics migrants en souffrance psychotraumatique ;
- La récurrence des **situations de crise aiguë**, avec un recours croissant au Dispositif d'Orientation Santé Mentale Inclusion (DOSMI). Or, ce dispositif a pour mission principale l'écoute, l'évaluation et l'orientation de personnes en souffrance psychique confrontées à des freins d'insertion sociale, et non la gestion directe des situations de crise ;
- Les **difficultés croissantes d'adhésion aux soins**, avec des ruptures fréquentes dans les parcours.

1.4.4 Des professionnels en tension et une coordination fragilisée

L'ensemble des secteurs (sanitaire, social, médico-social) fait face à une charge croissante, avec :

- Un sentiment d'impuissance et d'épuisement chez les équipes de première ligne ;
- Des relais fragilisés ou inexistants après les hospitalisations psychiatriques ;
- Une coordination complexe autour des situations en sortie de crise.

1.4.5 Des dynamiques collectives à valoriser

Malgré ces tensions, plusieurs ressources territoriales existent :

- L'arrivée d'IPA (Infirmiers de pratique avancée) en cabinets médicaux de ville depuis 2025, ainsi que six IPA en santé mentale déjà en poste au CH et une en cours de formation ;
- Le renforcement de la psychiatrie hospitalière avec l'arrivée en septembre 2025 d'un psychiatre de liaison à 60% et l'activation de trois lits de réserve dans chaque service de médecine si besoin ;
- Le rôle structurant du Conseil Local en Santé Mentale (CLSM) et de ses groupes de travail (souffrance sociale et psychologique, gestion des situations psycho-sociales complexes, information et sensibilisation du grand public et conseils d'usagers) qui favorisent l'interconnaissance et la coordination ;
- Le Groupe d'entraide mutuelle (Gem) Soleil pour favoriser les liens et soutiens entre personnes en souffrance psychique et leurs proches ;

- Les formations en santé mentale (PSSM et prévention du suicide), contribuant à renforcer les compétences locales ;
- Le soutien du Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) et de la Communauté 360 pour accompagner les situations complexes.

1.4.6 Pistes d'amélioration partagées

Plusieurs leviers identifiés sont à renforcer :

- **Former davantage** les intervenants à la compréhension des troubles psychiques et à l'adaptation de leurs postures ;
- **Maintenir un lien durable avec les services psychiatriques ;**
- **Accroître l'offre en structures intermédiaires** (Résidence Accueil, Passerelle) et relais médicaux spécialisés ;
- Déployer la **télémédecine psychiatrique** en complément des dispositifs existants ;
- Renforcer la **visibilité des ressources** et améliorer la fluidité de l'information entre acteurs.
- **Développer des actions spécifiques en direction des jeunes**, en appui sur les dynamiques locales (ex : Maison des Adolescents) pour améliorer le repérage, la prévention et l'accès à un accompagnement adapté.
- **Faire évoluer le CLSM vers un dispositif couvrant tous les âges de la vie**, afin de répondre à la diversité des besoins ;
- **Mieux articuler psychiatrie et addictologie**, notamment pour la prise en charge des pathologies duelles, via une hotline psychiatrique, un renforcement de la cellule de cas complexes, des formations spécifiques et des outils de liaison entre Alia, le CH et les urgences.

Cette analyse conforte le **rôle stratégique du CLSM** dans l'animation territoriale en santé mentale et souligne la nécessité d'un renforcement coordonné des moyens, tant en matière d'offre que de coopération.

1.5 Santé environnementale et cadre de vie favorable à la santé

La préservation d'un cadre de vie favorable à la santé repose sur plusieurs leviers : limiter les nuisances (bruit, pollution, etc.) en ville comme en milieu rural, maîtriser le développement urbain, et mieux connaître les facteurs environnementaux qui peuvent affecter notre santé. Il s'agit aussi d'agir en amont pour prévenir leurs effets.

L'urbanisme favorable à la santé consiste à concevoir des aménagements qui contribuent à améliorer la santé et le bien-être de tous, tout en respectant les principes du développement durable. Cette approche valorise également des principes essentiels : l'égalité entre les habitants, la collaboration entre les secteurs (urbanisme, santé, environnement...) et la

participation des citoyens. Ces valeurs s'inscrivent pleinement dans la stratégie de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) « La santé pour tous ».

1.5.1 Changement climatique et santé : protéger les habitants face aux risques émergents

Le changement climatique a des impacts de plus en plus visibles sur la santé. Selon l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS), plusieurs effets doivent nous alerter :

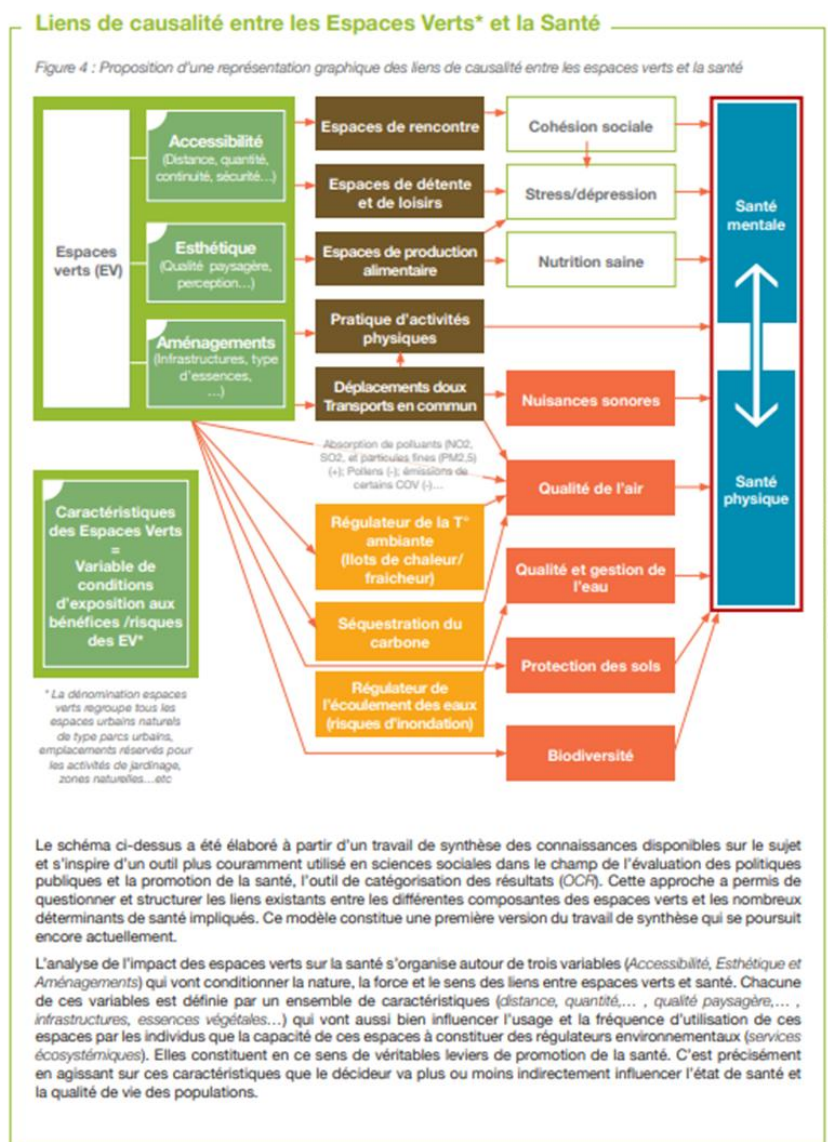
- **Des événements climatiques plus extrêmes et plus fréquents** : fortes chaleurs, grands froids, tempêtes, inondations, incendies... Ces phénomènes peuvent avoir des conséquences directes sur notre santé physique et mentale.
- **Le retour ou l'apparition de certaines maladies** : à cause des changements dans l'environnement, des maladies comme la dengue, le chikungunya ou le paludisme peuvent apparaître dans des zones où elles étaient jusqu'ici absentes.
- **De nouvelles formes d'exposition** : par exemple, l'augmentation de l'ensoleillement combinée à l'évolution des modes de vie peut accroître les risques liés aux rayons ultraviolets (UV).

Pour limiter ces impacts, il est essentiel de concevoir un urbanisme qui protège la santé des habitants, en agissant sur plusieurs leviers :

- **Mieux gérer les milieux naturels** (comme les eaux pluviales) et **limiter l'étalement urbain**, qui accentue les trajets motorisés et la pollution ;
- **Adapter les bâtiments, les infrastructures et les espaces publics** aux conditions climatiques futures (îlots de fraîcheur, végétalisation, confort thermique...) ;
- **Informier et sensibiliser les habitants** pour les protéger face aux risques liés au climat.

Ces enjeux ne sont pas à venir : **ils touchent déjà le territoire**. Le Plan Climat Air Énergie Territorial (PCAET), arrêté en avril 2025, identifie plusieurs phénomènes préoccupants : vagues de chaleur, surchauffe des bâtiments publics, présence du moustique-tigre, allongement des périodes de pollinisation ou encore formation d'îlots de chaleur urbains. Ils appellent à une mobilisation collective pour mieux protéger la santé des populations.

1.5.2 Végétal et santé : un impact positif



27

À Cholet, la faible surface végétale par habitant (94 m² contre 128 à Lys-Haut-Layon)²⁸, la couverture arborée limitée (20 %)²⁹, l'imperméabilisation des sols et la densité du bâti accentuent le phénomène d'îlots de chaleur.

Face à ces constats, des actions concrètes sont déjà engagées pour rendre le cadre de vie plus favorable à la santé et à l'adaptation climatique :

- végétalisation des espaces publics et des cours d'école,
- intégration du confort thermique des bâtiments dans les projets urbains,
- développement d'une charte de l'arbre pour arbitrer entre végétalisation et installations photovoltaïques,

²⁷ <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/media/2927/download?inline>

²⁸ A noter que la surface moyenne par habitant en France se situe entre 34 et 48 m² selon les sources (Observatoire des villes vertes ou Union nationale des entreprises du paysage) et la définition retenue, avec une part importante constituée de forêts urbaines et de parcs publics.

²⁹ 75 sur 87 d'après le classement Kermap, Nos villes vertes

- campagnes scolaires de sensibilisation (désimperméabilisation, plan canopée en préparation),
- développement d'un pollinarium à Cholet (surveillance des espèces allergisantes et communication aux patients du territoire),
- Communication sur les bons gestes à adopter face au moustique-tigre dans les communes où il est déjà implanté (Cholet et La Séguinière).

Certaines de ces actions s'inscrivent dans la stratégie du PCAET et pourraient gagner à être **articulées plus fortement avec les démarches du CLS**. D'autres sont portées à une échelle plus locale, par des communes ou des acteurs du territoire.

Quelques pistes méritent d'être renforcées dans une optique de santé publique :

- **Renaturer les espaces et encourager leur appropriation par les habitants**, au-delà de la désimperméabilisation : cela permet de favoriser la biodiversité, de réguler les températures et d'offrir un contact bénéfique avec la nature.
- **Intégrer les enjeux de santé dans les actions de sensibilisation aux économies d'énergie**, notamment auprès des scolaires : cela suppose de **croiser précarité énergétique, changement climatique et qualité de l'air intérieur**, en promouvant des gestes simples pour **réduire les consommations tout en préservant la santé** (aération régulière, limitation des produits ménagers, ventilation efficace...).

1.5.3 Périnatalité : poursuivre la dynamique en santé environnementale

La période des 1 000 premiers jours de vie, de la grossesse jusqu'aux deux premières années de vie de l'enfant, est une phase clé du développement. Elle constitue également une fenêtre de vulnérabilité majeure face aux expositions environnementales (qualité de l'air intérieur, perturbateurs endocriniens, alimentation, bruit ou conditions de logement). Les familles et les professionnels ont donc besoin d'être **mieux informés et accompagnés** pour adopter des comportements favorables à la santé dans cette période cruciale.

À Cholet Agglomération, plusieurs actions sont déjà engagées :

- Le **Pôle Mère-Enfant du Centre Hospitalier de Cholet** est engagé dans une démarche de santé environnementale, avec des **protocoles visant à limiter l'exposition aux produits chimiques** pendant le séjour hospitalier, ainsi qu'une **information systématique des parents**.
- Des **ateliers « nesting »** (pour un environnement plus sain à la maison) sont proposés à différents endroits du territoire : à la **maternité du CH**, au sein de la **Maison de santé pluriprofessionnelle Jean Bernard**, ou encore par les professionnels de la **Protection Maternelle et Infantile (PMI)**. Ces ateliers abordent des sujets comme la réduction des polluants, l'alimentation, la ventilation ou encore les matériaux à privilégier.
- Des **formations à destination des professionnels de la petite enfance** sont également menées, notamment dans les crèches, pour favoriser des environnements sains pour les tout-petits.

Ces démarches sont **complétées par le PCAET** qui identifie la **qualité de l'air intérieur** comme un enjeu prioritaire et encourage des **programmes de rénovation énergétique**.

Enfin, cette dynamique pourrait être **élargie aux autres communes du territoire ainsi qu'à d'autres publics vulnérables**, comme les **femmes en activité**, notamment dans le secteur agricole. Certaines sont potentiellement exposées à des produits phytosanitaires, avec un **Indice de Fréquence de Traitement (IFT)** plus élevé dans certaines communes du territoire, ce qui constitue un risque à prendre en compte.

Carte représentant l'indice de fréquence de traitement phytosanitaire des surfaces agricoles³⁰ :

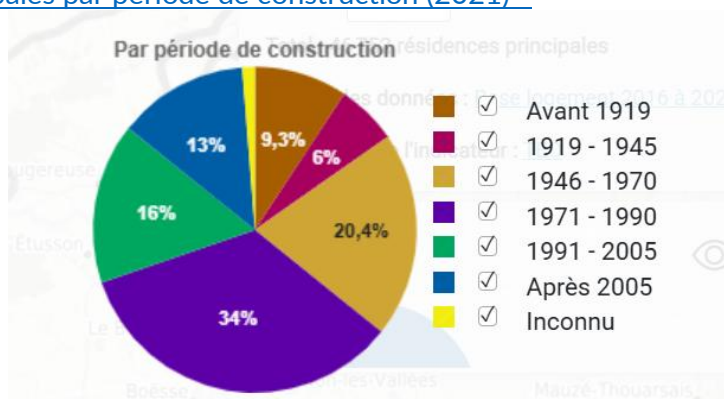


1.5.4 Habitat : intégrer la santé dans la rénovation et l'aménagement

Le **logement constitue un déterminant essentiel de la santé environnementale**. À Cholet Agglomération, une part importante du parc date d'avant 1970, ce qui peut générer des situations d'inconfort thermique, d'humidité ou de mauvaise qualité de l'air intérieur, voire d'insalubrité.

³⁰ Solagro

Résidences principales par période de construction (2021)³¹



Des fragilités résidentielles qui touchent les familles nombreuses et monoparentales

L'Analyse des Besoins Sociaux (ABS) 2022 met en lumière une problématique de surpeuplement, indicateur de vulnérabilité sociale :

- À Cholet, 3,2 % des ménages vivent dans un logement surpeuplé (contre 3 % dans le Maine-et-Loire),
- Cette situation touche particulièrement les enfants :
 - 10,8 % des moins de 11 ans ;
 - 12,1 % des 11-17 ans.
- Les familles nombreuses et monoparentales sont les plus concernées, notamment dans les QPV.

Une précarité énergétique, révélatrice d'inégalités d'habitat

Selon le PCAET de Cholet Agglomération, **17,4 %** des ménages sont en situation de précarité énergétique pour le logement (taux d'effort énergétique - TEE - supérieur à 10 %), un niveau plus élevé que la moyenne régionale (13,9 %). Lorsque l'on prend en compte également les dépenses liées à la mobilité, ce taux grimpe à **23,8 %** des ménages, révélant une vulnérabilité accrue dans les secteurs périurbains ou mal desservis en transports collectifs. Cette situation est particulièrement marquée dans la partie Est du territoire, où les ménages doivent souvent faire face à une double contrainte : des logements peu performants sur le plan énergétique, et une forte dépendance à la voiture.

Les régies de quartier en QPV mènent des actions vers la population sur la précarité énergétique.

Radon : une vigilance à renforcer sur la qualité de l'air intérieur

Le territoire est classé en zone à potentiel radon élevé (catégorie 3). Ce gaz radioactif d'origine naturelle, classé cancérigène, peut s'accumuler dans les logements insuffisamment ventilés et représenter un risque sanitaire réel. Depuis le premier Contrat Local de Santé, plusieurs

³¹ Logement - Résidences principales par typologie et période de construction CA Agglomération du Choletais : Transition énergétique, base de données des territoires TerriSTORY

campagnes d'information ont été menées sur le territoire pour sensibiliser à ce risque et plus largement à la qualité de l'air intérieur.

Il apparaît nécessaire de **poursuivre les campagnes d'information**, notamment dans le cadre des actions liées au logement, à la rénovation et à la construction, afin d'ancrer durablement une culture de prévention sur cette thématique.

Des leviers à mobiliser dans les politiques de rénovation

Cholet Agglomération s'est engagée dans plusieurs dispositifs structurants : permis de louer³², OPAH³³, plateforme territoriale de la rénovation énergétique³⁴. Ces démarches, centrées sur l'amélioration de la performance énergétique, **offrent un cadre solide pour intégrer progressivement une approche plus globale du bien-être dans l'habitat**, incluant les enjeux de santé environnementale (notamment choix de matériaux moins émissifs de COV, choix d'une ventilation adaptée, qualité de l'air intérieur, radon, adaptation au changement climatique...).

1.5.5 Mobilités : améliorer l'accessibilité et agir sur les inégalités de santé

La mobilité constitue un déterminant transversal de la santé : elle conditionne l'accès aux soins, aux services de proximité, à l'emploi, mais aussi à une vie sociale active et au recours aux équipements favorables à la santé (espaces verts, équipements sportifs, marchés...). Elle impacte également l'environnement et la santé des populations, à travers les émissions de polluants atmosphériques et les nuisances sonores générées par les transports motorisés.

Les politiques d'aménagement urbain favorisant les mobilités actives (marche à pied, vélo, ...) permettent à la fois de réduire les émissions de polluants et de gaz à effet de serre des véhicules et de diminuer fortement la mortalité et la morbidité pour différentes pathologies en favorisant l'activité physique. Des mesures incitatives favorisant l'usage de ces modes de déplacement actifs, par exemple l'aménagement de la voirie et l'implantation d'espaces verts peuvent aussi provoquer une réduction de la fréquence des accidents de la circulation et atténuer les phénomènes d'îlots de chaleur urbains.

Un territoire dépendant de la voiture individuelle³⁵ :

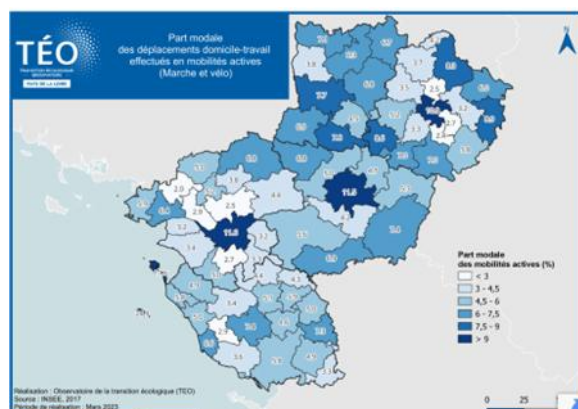
A Cholet Agglomération, comme dans beaucoup de territoires périurbains et ruraux, la voiture reste le principal mode de déplacement.

- Plus de **70 % des actifs utilisent leur voiture** pour se rendre au travail,
- Moins de **5 % utilisent les transports en commun**, un taux bien inférieur à la moyenne nationale.

³² Cela permet de cibler les logements dégradés du parc privé

³³ Opération programmée d'amélioration de l'habitat : Une OPAH-RU (Renouvellement urbain) du Cœur de Ville de Cholet a été lancée en 2021 et une future OPAH-RU dans 20 centres-bourgs en dehors de Cholet

³⁵ Insee 2021



Cette dépendance est particulièrement marquée dans les communes rurales et périurbaines.

Le PCAET renforce ce constat : les transports représentent **29 % de la consommation énergétique du territoire** et **25 % des émissions de gaz à effet de serre (GES)**. Ils sont aussi responsables de **58 % des émissions d'oxydes d'azote (NOx)**, ce qui contribue à la pollution de l'air, en particulier sur les axes routiers structurants, où les concentrations de particules fines (PM10, NO2) sont plus élevées. Ces polluants sont associés à une augmentation des maladies respiratoires et cardiovasculaires.

Face à ces enjeux, le PCAET fixe des objectifs ambitieux à l'horizon 2050 :

- Réduire de 58 % la consommation énergétique liée aux transports,
- Diminuer de 85 % les émissions de GES dans ce secteur,
- Encourager le développement des mobilités actives et partagées (vélo, marche, transports collectifs, covoiturage, autopartage, véhicules électriques),
- Modernisation du réseau CholetBus,
- Promotion de solutions de mobilité solidaire.

Mobilités actives : un levier pour réduire la pollution atmosphérique et encourager l'activité physique.

Sur le territoire de Cholet Agglomération, plusieurs démarches illustrent déjà cet engagement :

- Un **maillage de cheminements doux** avec **79 sentiers de randonnée** accessibles au public.
- La **réhabilitation de l'ancienne voie ferrée Cholet/Bressuire** en voie verte, traversant notamment **Maulévrier** et **Nueil-les-Aubiers**.

Le **Plan Climat Air Énergie Territorial (PCAET)** adopté par la collectivité peut être articulé avec les principes de l'**urbanisme favorable à la santé** afin de développer des mobilités accessibles à tous les publics, y compris les plus précaires. Plusieurs leviers sont identifiés :

- Le schéma mobilité de la collectivité
- Le développement de mobilités actives (marche, vélo, trottinette) à tous les âges, dans les quartiers prioritaires comme en milieu rural
- L'identification et la levée des freins à la pratique grâce :
 - A des démarches de concertation
 - A la création d'aménagements sécurisés et de la signalétique adaptée
 - A des ateliers de remise en selle

- A des actions collectives comme des défis mobilité (travail, scolaire...).
- A des aides matérielles

Les projets d'aménagement à venir intégreront l'objectif de renforcer l'accessibilité aux services essentiels, équipements, commerces et lieux de travail, en particulier par les modes actifs et pour les personnes à mobilité réduite.

Enfin, des dispositifs comme les marches exploratoires peuvent être mobilisés pour objectiver les besoins réels des habitants et adapter les infrastructures en conséquence.

La collectivité s'est également dotée, en février 2025, d'un **Plan d'Action pour la Qualité de l'Air (PAQA)**, renforçant la cohérence des politiques publiques en matière de santé environnementale.

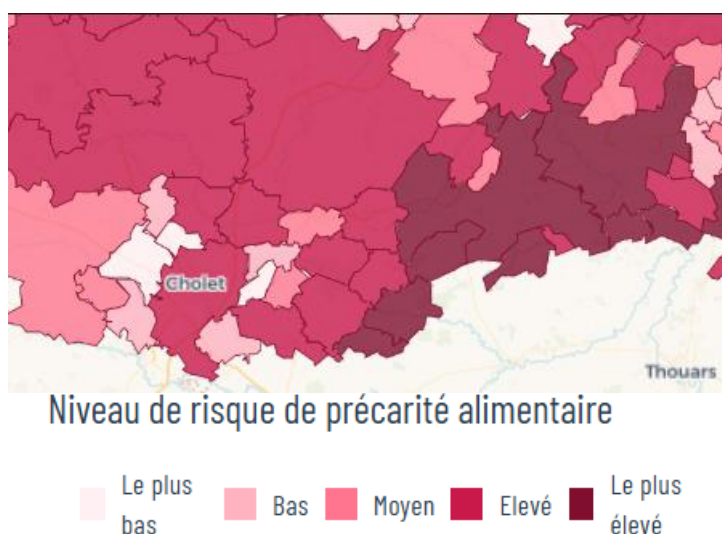
1.5.6 Nutrition et alimentation : un enjeu transversal de santé publique, d'équité sociale et d'environnement

L'alimentation, levier majeur de santé et de prévention

L'alimentation constitue un déterminant central de santé publique : elle influence directement la prévention de nombreuses maladies chroniques (diabète, obésité, maladies cardiovasculaires), joue un rôle fondamental dans le bien-être quotidien, le lien social et les relations avec l'environnement. Sur le territoire de Cholet Agglomération, les inégalités d'accès à une alimentation saine, durable et de qualité demeurent marquées.

Des disparités territoriales fortes en matière de précarité alimentaire

La cartographie des risques de précarité alimentaire en Maine-et-Loire met en évidence des zones de vulnérabilité au sein de l'agglomération. La ville-centre concentre déjà des fragilités socio-économiques, mais **le risque s'accroît dans les communes rurales de l'est.**

Carte des risques de précarité alimentaire liés à un cumul de facteurs³⁶

La précarité alimentaire constitue un **facteur aggravant pour la santé** : elle compromet l'équilibre nutritionnel, renforce les risques de maladies chroniques, et interagit avec d'autres vulnérabilités comme la précarité énergétique ou les difficultés de mobilité. Dans certains ménages, les arbitrages entre se nourrir, se chauffer ou se déplacer sont une réalité quotidienne.

Une dimension environnementale à renforcer

L'accès à une alimentation locale et de qualité est également une composante de la santé environnementale. Or, l'accès limité aux circuits courts, aux produits frais et à une offre alimentaire durable renforce les inégalités, alors même que les habitants expriment une attente croissante autour d'une alimentation saine, locale et respectueuse de l'environnement.

Ce constat souligne la nécessité d'**articuler les politiques sociales, sanitaires, agricoles et environnementales** pour promouvoir une alimentation saine pour tous.

Une structuration progressive autour du Projet Alimentaire Territorial (PAT)

Cholet Agglomération a engagé une démarche de Projet Alimentaire Territorial (PAT), visant à structurer une politique alimentaire cohérente à l'échelle de l'agglomération.

Cette dynamique offre un levier de convergence avec le Contrat Local de Santé (CLS), dans une approche territorialisée de la lutte contre la précarité alimentaire.

Un enjeu structurant pour le futur Contrat Local de Santé

La lutte contre la précarité alimentaire et la promotion d'une alimentation durable pourraient constituer un **axe fort du futur CLS**, à la croisée :

- des enjeux de santé publique (prévention des maladies chroniques, nutrition),
- de l'équité sociale (accessibilité pour tous),

³⁶ Obsoalim34

- et des politiques environnementales (circuits courts, éducation à l'alimentation durable).

Des pistes d'action sont à envisager :

- développement des jardins partagés et de l'agriculture urbaine,
- sensibilisation dans la restauration collective,
- actions éducatives auprès des familles, enfants et personnes âgées.

Surpoids et obésité : un enjeu national qui appelle des réponses locales

En France, **47,3 % des adultes français seraient obèses ou en surpoids**³⁷. Si ces chiffres ne sont pas disponibles à l'échelle de Cholet Agglomération, les dynamiques nationales laissent présager des problématiques similaires, notamment dans les territoires marqués par des inégalités sociales ou un accès limité à une alimentation équilibrée et à la pratique d'une activité physique régulière.

Pour accompagner les acteurs dans la mise en place d'actions de prévention, **la SRAE Nutrition (Structure Régionale d'Appui et d'Expertise)** constitue une ressource précieuse à l'échelle des Pays de la Loire. Elle développe une approche de **promotion de la santé autour de quatre axes** :

- **Alimentation,**
- **Activité physique et réduction de la sédentarité,**
- **Surpoids et obésité,**
- **Dénutrition.**

Elle propose des outils, des formations et un accompagnement méthodologique à destination des collectivités, des structures médico-sociales, des professionnels de santé et des associations, pour renforcer la qualité des projets territoriaux.

Agir dès la petite enfance : les 1 000 premiers jours

Dans cette logique de prévention précoce, **la période des 1 000 premiers jours de l'enfant** est aujourd'hui reconnue comme **majeure pour installer durablement de bons comportements alimentaires** et limiter les risques de surpoids et d'obésité à l'âge adulte.

Sur le territoire, **des actions de sensibilisation et de formation des professionnels de la petite enfance** sont en cours en lien avec **la CAF, la MSA et les acteurs locaux**.

Ce travail en réseau, à l'interface des champs sanitaire, social et éducatif, constitue un levier structurant pour lutter contre les inégalités de santé dès le plus jeune âge.

³⁷ Prevalence of Overweight and Obesity in France: The 2020 Obepi-Roche Study by the "Ligue Contre l'Obésité"

1.6 Organisation et accès aux soins

1.6.1 Une offre de soins en déséquilibre territorial et professionnel

Une densité médicale préoccupante, en particulier en périphérie³⁸

La densité de médecins généralistes libéraux s'élève à **6,8 pour 10 000 habitants**, un chiffre inférieur au **Maine-et-Loire (9,1)** et à la moyenne nationale (8,2).

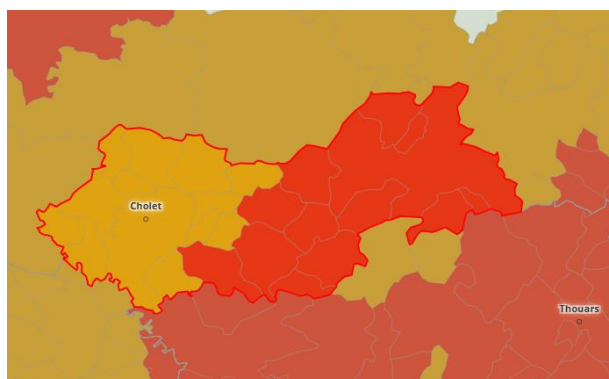
Cette moyenne masque de **fortes inégalités territoriales** :

- **Près de 60 % des médecins exercent à Cholet**,
- Plusieurs communes n'ont **plus aucun médecin traitant** (Cernusson, Cléré-sur-Layon, Somloire),
- Dans d'autres, l'offre repose sur des **praticiens proches de la retraite**, rendant la situation fragile à court terme.

Cette situation impacte directement les parcours de soin :

- **12,6 % des personnes de 17 ans et plus** n'ont pas de médecin traitant déclaré,
- Et **1,8 % des patients en ALD** sont sans médecin référent, malgré leurs besoins spécifiques.

Zonage ARS médecins³⁹ :



Certaines **communes rurales situées à l'est de Cholet** - notamment **Cléré-sur-Layon, Passavant-sur-Layon** - cumulent plusieurs facteurs de vulnérabilité :

³⁸ FNPS - INSEE - 2024

³⁹ Ibid

- **Faible densité médicale**, avec parfois **aucun médecin traitant**,
- **Vieillesse** marquée de la **population**,
- **Accès limité aux services de santé de proximité**.

Ces territoires sont **classés en Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP)**, ouvrant droit à des **dispositifs d'aide à l'installation** de professionnels de santé. Depuis juillet 2023, l'ouest du territoire de Cholet Agglomération a été classé en **Zone d'action complémentaire (ZAC)** par l'ARS.

Un accès aux soins paramédicaux inégal et sous tension⁴⁰

Au-delà des médecins, **la fragilité de l'offre de soins concerne également les professionnels paramédicaux**, dont la répartition reste hétérogène sur le territoire.

- **Infirmiers libéraux** : La densité est de **9,1 pour 10 000 habitants**, bien **inférieure à la moyenne nationale (15,3)**. Les **communes rurales du sud et de l'est** (Maulévrier, Yzernay, Trémentines, La Plaine) sont les plus concernées.
- **Masseurs-kinésithérapeutes** : Leur densité atteint **8,1 pour 10 000 habitants**, contre **12,5 au niveau national**. Le déficit est **particulièrement marqué dans les zones périurbaines éloignées**.
- **Orthophonistes** : Faiblement présents dans les communes rurales, avec une **forte concentration à Cholet**, qui **attire les patients des territoires périphériques**.
- **Chirurgiens-dentistes** : Bien que la densité moyenne soit **relativement correcte (5,7 pour 10 000 habitants)**, **d'importants écarts géographiques** subsistent, avec un **éloignement significatif de l'offre dans plusieurs communes de l'est de l'agglomération**.

Une offre spécialisée incomplète et peu accessible dans certaines disciplines

Le **Centre Hospitalier de Cholet** constitue un **acteur central de l'offre de soins pour les habitants de Cholet Agglomération et des territoires limitrophes**. Implanté à proximité du centre-ville, cet établissement public dessert un bassin de population de plus de 250 000 personnes et mobilise plus de 2 000 professionnels, dont 260 personnels médicaux, autour d'une prise en charge complète et pluridisciplinaire. **L'hôpital offre un large éventail de spécialités médicales** (cardiologie, oncologie, gériatrie, pédiatrie, psychiatrie...) **et chirurgicales, en complément des services d'urgence, de réanimation, de soins palliatifs ou encore de psychiatrie**. Sa présence est d'autant plus stratégique que le territoire souffre d'une sous-densité de médecins généralistes et de plusieurs spécialités libérales. Son attractivité dépasse largement les frontières de l'Agglomération : le CH de Cholet accueille de nombreux patients issus des départements voisins, notamment de Loire-Atlantique, du Nord Deux-Sèvres et du Nord Vendée. À titre d'exemple, **24 % des passages aux urgences proviennent de patients résidant en Vendée**⁴¹.

La **Polyclinique du Parc** est également présente sur le territoire. Cet établissement privé offre plusieurs spécialités (anesthésie, cardiologie, gynécologie...) et dispose de 345 lits et places.

L'offre libérale spécialisée sur Cholet Agglomération reste très hétérogène selon les disciplines. Certaines spécialités sont bien représentées, tandis que d'autres connaissent une offre insuffisante voire préoccupante :

⁴⁰ Ibid

⁴¹ Donnée transmise par le Centre Hospitalier en septembre 2025.

Exemples :

- **Spécialités bien représentées :**
 - **Pédiatrie** : 31,3 pour 100 000 habitants (au-dessus de la moyenne nationale),
 - **Cardiologie** : présence relativement stable sur le territoire.
- **Spécialités en tension :**
 - **Psychiatrie générale** : 1 professionnel libéral (1,0 / 100 000), contre 9,3 en France,
 - **Dermatologie** : 1,0 / 100 000, contre 3,6 en moyenne nationale,
 - **Gynécologie-obstétrique** : offre limitée malgré la présence d'un pôle hospitalier structurant à Cholet.

Des ressources structurantes à consolider

Malgré ces fragilités, le territoire dispose de **leviers organisationnels solides**, à renforcer et mieux articuler dans le cadre du futur CLS, à l'instar de :

- **Centres municipaux de santé (CMS)** à Cholet et à Coron : Structures permettant la **salarisation de professionnels de santé** et le développement d'une **offre de prévention** ciblée.
- **Trois Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)** : Présentes à **Cholet, Lys-Haut-Layon et Bégrolles-en-Mauges**, elles structurent l'offre de soins de premier recours.
- **CPTS du Choletais** : Active depuis 2022, la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) du Choletais déploie des actions structurantes en matière de soins non programmés, de prévention (vaccination, addictions), et d'amélioration des parcours de santé. Elle a permis de renforcer les partenariats entre professionnels de santé, établissements, structures médico-sociales et acteurs du territoire, et constitue aujourd'hui un levier important pour une meilleure coordination des parcours. Son appropriation par l'ensemble des professionnels reste toutefois à consolider, afin de renforcer la portée de cette dynamique collective. Par ailleurs, son périmètre, limité à la partie ouest de l'Agglomération, souligne la nécessité de développer, en complément, d'autres formes de coordination interprofessionnelle à l'échelle de l'ensemble du territoire.
- **Le Plan d'Attractivité Médicale de Cholet Agglomération** : Cholet Agglomération déploie depuis 2023 un Plan d'Attractivité Médicale pour répondre à la pénurie de professionnels de santé sur le territoire. Co-construit avec l'ARS et les acteurs locaux, il mobilise **800 000 € sur trois ans** (dont 600 000 € de la collectivité) pour financer des aides à l'installation, au maintien de l'activité et à l'accueil des étudiants en santé. Parmi les actions engagées : création d'un service Santé Handicap, développement d'une communication ciblée (capsules vidéo, livret d'accueil, rubrique dédiée en ligne), soutien au projet Territoire Universitaire en Santé. Au 9 avril 2025, cinq aides ont été validées, dont quatre à l'installation de praticiens, pour un montant total de 96 666 €. Si la dynamique est enclenchée, des enjeux persistent, notamment sur le logement des internes et la lisibilité du guichet unique.

1.6.2 Des parcours de soins inégalement coordonnés,

malgré des dynamiques prometteuses

La **continuité et la coordination des soins** sont des conditions essentielles pour garantir l'**accès équitable à la santé**, en particulier pour les publics vulnérables.

Une continuité des soins inégalement assurée⁴²

- **19,2 % des passages aux urgences** ne donnent pas lieu à hospitalisation, ce qui peut traduire un usage par défaut des urgences en l'absence de solutions de premier recours accessibles.
- **39,2 % des admissions en médecine hospitalière** proviennent d'une **orientation par le médecin de ville**, un taux **supérieur aux moyennes régionale et départementale**, qui témoigne d'une coordination ville-hôpital efficiente pour une partie de la population.

Ce contraste suggère des **parcours de soins à deux vitesses** : tandis qu'une part des habitants bénéficie d'un suivi coordonné, d'autres semblent recourir aux urgences faute d'alternative, soulignant les enjeux d'accessibilité et de continuité de soins. Dans ce contexte, l'absence de régulation médicale en amont des urgences - un choix d'organisation porté au niveau hospitalier - peut également contribuer à expliquer une fréquentation importante, en particulier pour des situations qui pourraient relever d'une prise en charge en ville.

Une coordination interprofessionnelle dynamique, à conforter dans sa complémentarité

Le territoire de Cholet Agglomération bénéficie d'une coordination interprofessionnelle active et structurée. Les centres de santé et les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) s'inscrivent dans une logique de réponse à la patientèle, tandis que la CPTS du Choletais développe une approche populationnelle, en lien étroit avec le Centre Hospitalier, le médico-social (DAC, communauté 360) et le champ social (Mission locale, associations). Cette diversité d'acteurs et de dispositifs donne lieu à un **travail partenarial de qualité**, déjà bien engagé.

Des dynamiques locales fortes, comme à Maulévrier ou Coron, illustrent également l'implication croissante des professionnels dans la structuration des parcours et la coopération interprofessionnelle.

L'enjeu aujourd'hui est de **consolider la complémentarité entre les dispositifs existants**, de renforcer les liens opérationnels sur l'ensemble du territoire, et de mieux partager les outils d'information pour faciliter l'orientation et la coordination des interventions.

Ces efforts collectifs sont essentiels pour mieux accompagner les personnes les plus vulnérables et assurer une prise en charge lisible, fluide et équitable, quel que soit le lieu de résidence.

Une dynamique structurante : l'ouverture du Centre de Ressources Territorial

Dans ce contexte, la mise en place d'un **Centre de Ressources Territorial (CRT)** à Cholet constitue une avancée majeure.

⁴² ATIH (Année 2023)

Porté par l'EHPAD Résidence Tharreau, le CRT ouvrira en septembre 2025, avec pour mission de **soutenir le maintien à domicile des personnes âgées**, via :

- Un accompagnement renforcé des **usagers**, des **aidants** et des **professionnels** ;
- L'intégration de services innovants : garde itinérante de nuit, domotique, visio-régulation...

Ce projet s'appuie sur un **partenariat solide** (CH de Cholet, SSIAD, HAD, SAD, CPTS, CLIC...) et répond à des besoins identifiés localement :

- Complexité des situations à domicile,
- Sorties d'hospitalisation mal anticipées,
- Isolement et précarité des personnes âgées,
- Inadaptation des logements et pénurie de soins à domicile.

Le CRT s'inscrit pleinement dans les dynamiques locales de coordination, de prévention et de soutien à l'autonomie.

1.6.3 Des freins persistants dans l'accès aux droits et à la couverture santé⁴³

L'accès aux droits sociaux et à la couverture santé constitue un **déterminant majeur de santé publique**, influençant directement le recours aux soins, la prévention des ruptures de parcours et la lutte contre les inégalités.

Un réseau d'acteurs mobilisés, mais des obstacles persistants

Le territoire de Cholet Agglomération bénéficie d'un **maillage institutionnel dense** (CAF, CPAM, MSA, CCAS, centres sociaux...), mais une part importante de la population reste **éloignée des dispositifs de protection**.

Plusieurs facteurs sont mis en avant :

- **Fracture numérique**, notamment depuis la dématérialisation accélérée des démarches,
- **Complexité administrative**, peu compatible avec les parcours de vie précaires,
- **Méconnaissance des droits**, souvent renforcée par un **sentiment d'illégitimité ou de découragement**.

En 2024, **6,5 % de la population** bénéficie de la **Complémentaire santé solidaire (CSS)**, un taux qui atteint **9,7 % à Cholet** et dépasse **13 % chez les moins de 18 ans⁴⁴**. Ces chiffres témoignent d'un **ancrage de la précarité**, mais ne permettent pas de mesurer l'ampleur du **non-recours**, encore mal connu.

⁴³ Analyse des besoins sociaux (ABS)

⁴⁴ DCIR/SNDS/SNIIRAM (Année 2024) / Revue de territoire ARS

Des publics particulièrement exposés

Certains groupes cumulent les vulnérabilités :

- **Familles monoparentales**, confrontées à une forte charge mentale, des horaires contraints et des revenus instables,
- **Personnes âgées isolées**, qui peinent à utiliser les outils numériques,
- **Jeunes en situation de précarité ou NEET**, souvent désorientés dans un système perçu comme opaque ou inaccessible.

Ces profils sont d'autant plus vulnérables lorsqu'ils résident dans des **quartiers prioritaires** ou des **communes rurales**, où l'accompagnement social est parfois plus distant ou moins identifié.

Des dispositifs d'appui utiles mais sous-exploités

Malgré l'existence de **structures relais** comme les centres sociaux ou les CCAS, **les capacités d'accompagnement restent inégales selon les communes**. Plusieurs initiatives mériteraient d'être renforcées :

- Le **DOSMI**, porté par France Horizon, assure un rôle de repérage, d'évaluation et d'orientation auprès de 200 personnes/an.
- Les **adultes-relais** déployés dans les QPV, qui peuvent jouer un rôle de médiation, mais dont le déploiement reste limité.

Enfin, la coordination entre institutions (CAF, CPAM, MSA, Préfecture), collectivités, travailleurs sociaux et associations existe, mais nécessiterait de gagner en lisibilité pour les publics. Le prochain CLS devra mieux associer ces institutions afin de renforcer les complémentarités entre les politiques sociales, de santé et de cohésion territoriale, et ainsi créer un cadre commun facilitant la mise en cohérence des actions.

Constats issus des données quantitatives et entretiens - Ce qu'il faut retenir :

Le croisement des données quantitatives et des entretiens ciblés fait émerger plusieurs enjeux clés à l'échelle de Cholet Agglomération :

- **Des inégalités sociales et territoriales persistantes**, touchant notamment les quartiers prioritaires et certaines communes rurales, avec des fragilités marquées chez certains publics (personnes en situation de précarité, personnes âgées...).
- **Un état de santé préoccupant**, avec une prévalence des maladies chroniques et des comportements à risque, en lien étroit avec les déterminants sociaux.
- **Des publics vulnérables à mieux accompagner**, en structurant des parcours de santé adaptés et en renforçant l'interconnaissance des acteurs.
- **Un enjeu fort autour de la santé mentale à tous les âges.**
- **Des inégalités environnementales visibles**, avec une exposition différenciée aux nuisances, à la chaleur, ou à la précarité énergétique selon les territoires.
- **Des leviers d'action identifiés**, notamment en matière d'aménagement du territoire, de santé environnementale, de mobilité, d'habitat, de périnatalité et de promotion de l'activité physique, qui appellent à une approche intersectorielle.
- **Des parcours de soins encore fragmentés**, et des difficultés d'accès aux professionnels de santé, particulièrement dans certaines zones rurales, malgré des dynamiques territoriales engagées pour renforcer l'offre.
- **Une nécessité de renforcer la prévention**, en particulier autour de la santé mentale des jeunes, de la périnatalité, des conduites addictives et des inégalités de recours au dépistage et à la vaccination.
- **Des disparités territoriales fortes en matière d'alimentation et de précarité alimentaire.**

2 Résultats de l'enquête habitants

Dans le cadre de l'élaboration du troisième Contrat Local de Santé (CLS) de Cholet Agglomération, une enquête a été diffusée en **juin 2025**, en ligne et au format papier, afin de recueillir la parole des habitants autour de leurs besoins, habitudes, perceptions et attentes en matière de santé, de bien-être et d'environnement. La diffusion de cette enquête, anonyme, a été assurée grâce à la mobilisation active de la collectivité et de ses partenaires locaux. Elle a permis de recueillir un total de **1 525 répondants**⁴⁵.

2.1 Qui sont les répondants ?

2.1.1 Une participation significative, mais à nuancer territorialement

L'enquête a recueilli une participation particulièrement importante de la commune de Cholet, qui concentre à elle seule **55 % des répondants**, suivie par Saint-Christophe-du-Bois (4,8 %), Saint-Léger-sous-Cholet (4,4 %) et Maulévrier (4,1 %). **Les autres communes du territoire sont représentées de manière plus ponctuelle**, certaines ne comptabilisant que quelques réponses.

Concernant les **quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV)**, **12 %** des répondants résidant à Cholet déclarent habiter dans l'un des QPV de la commune (Jean Monnet, Bretagne Bostangis, Colline Villeneuve, Favreau Les Mauges). Ce taux de participation est **relativement proche de leur poids démographique** au sein de la commune (environ 14 %), ce qui témoigne d'une mobilisation encourageante de ces quartiers, même si une légère sous-représentation reste possible dans l'analyse.

2.1.2 Profils sociodémographiques des répondants

Une participation majoritairement féminine

Les femmes représentent près de **73 %** des répondants, contre 27 % d'hommes. Cette surreprésentation féminine, régulièrement observée dans les enquêtes en santé publique, peut s'expliquer par :

- une sensibilité plus marquée aux questions de santé et de cadre de vie,
- un rôle actif dans le suivi de la santé familiale,

⁴⁵ **Note de lecture** : Tous les participants n'ont pas répondu à l'ensemble des questions. Les pourcentages indiqués sont donc calculés sur le nombre de réponses obtenues à chaque question, et non sur le total des répondants à l'enquête.

- une plus grande propension à s'impliquer dans les démarches participatives.

Ce biais invite à prendre en compte le regard genré sur les priorités de santé, potentiellement influencé par des rôles sociaux ou familiaux différenciés.

Une prédominance des adultes actifs et des retraités

Les 30-69 ans représentent 68 % des répondants :

- 32 % ont entre 30 et 44 ans,
- 36 % entre 45 et 69 ans.

Les 60-74 ans représentent par ailleurs 16,8 % des répondants, et les plus de 75 ans, 7 %. Les jeunes adultes de moins de 30 ans sont très peu représentés (environ 7 %), et les moins de 18 ans sont quasiment absents (<1 %).

Cette structure génère une **sous-représentation des jeunes adultes et adolescents**, à garder en tête dans l'interprétation des résultats, notamment sur les questions de prévention ou de santé mentale.

Du point de vue professionnel :

- 64,3 % sont en activité,
- 23,3 % sont retraités,
- 7 % sans emploi,
- 2,2 % étudiants.

Ce profil reflète une forte implication des actifs et des retraités, avec des préoccupations orientées vers :

- la conciliation entre santé, travail et vie quotidienne,
- les enjeux de santé liés au vieillissement,
- l'accès aux soins sur le long terme.

Des situations de vie centrées sur la sphère familiale

Les situations de vie déclarées confirment la place centrale de la famille dans le profil des répondants :

- 44 % déclarent vivre en famille ;
- 35 % vivent en couple ;
- 18 % vivent seuls ;
- Moins de 1 % sont en colocation.

Parmi les réponses, certaines mentionnent des configurations de **familles monoparentales**, parfois en lien avec des gardes alternées ou de vulnérabilité spécifique.

Ces éléments confirment le poids central de la cellule familiale dans le rapport à la santé, à la prévention et à l'accompagnement des parcours de soins.

2.2 Dynamique du CLS et territorialisation

Afin de répondre au plus près des besoins exprimés par les habitants, la dynamique du futur Contrat Local de Santé s'inscrit dans une logique de territorialisation. Le diagnostic de santé mené à l'échelle de Cholet Agglomération met en évidence **trois types de territoires** aux profils différenciés, chacun présentant des vulnérabilités spécifiques mais aussi des leviers d'action à mobiliser : la **ville-centre de Cholet avec sa première couronne**⁴⁶, les **quartiers prioritaires de Cholet (QPV)** et les **communes rurales**⁴⁷.

SANTÉ MENTALE

Cholet première couronne	La santé mentale apparaît comme une préoccupation majeure : 59 % des répondants estiment qu'elle n'est pas suffisamment prise en compte sur le territoire. Seuls 7 % jugent que ce sujet est bien traité, et un tiers (34 %) ne se prononcent pas, signe probable d'un manque de visibilité des dispositifs existants ou d'un tabou persistant. Cette perception fait écho à une réalité vécue : près de deux tiers des répondants résidant à Cholet et en première couronne (63 %) déclarent avoir déjà ressenti une détresse psychologique, dont 16 % de manière fréquente. Ce constat conforte l'importance d'amplifier la prévention en santé mentale, tout en renforçant la communication sur les ressources disponibles.
QPV	La santé mentale est perçue comme un enjeu insuffisamment pris en compte par 60 % des répondants, tandis que seuls 12 % estiment que ce sujet est bien traité. Ce constat est renforcé par un ressenti personnel élevé de mal-être psychologique : 67 % déclarent avoir déjà traversé une détresse psychologique, occasionnelle ou fréquente. Ces données appellent à consolider les actions déjà engagées sur ce sujet, tout en veillant à leur accessibilité réelle et à leur visibilité pour les habitants de ces quartiers.
Communes rurales	Un ressenti significatif de mal-être : près d'1 répondant sur 2 (50 %) déclare avoir déjà traversé une détresse psychologique, dont 11 % de façon fréquente. Une perception d'offre limitée : seuls 6 % considèrent que la santé mentale est « suffisamment » prise en compte ; 48 % jugent le contraire et 46 % ne se prononcent pas – signe d'une visibilité perfectible des ressources existantes et d'un probable déficit d'information de proximité.

⁴⁶ Le périmètre « Cholet et première couronne » regroupe les quartiers de Cholet non classés en quartier prioritaire de la politique de la ville ainsi que les communes limitrophes : Cholet, Saint-Christophe-du-Bois, La Romagne, La Séguinière, Saint-Léger-sous-Cholet, Bégrolles-en-Mauges, Le May-sur-Evre, Trémontines, Nuaillé, Maulévrier, La Tessoualle, Mazières-en-Mauges.

⁴⁷ Les communes rurales ont été identifiées sur la base de leur densité de population et de leur éloignement des services centraux du territoire. Elles se situent dans la partie Centre et Est du territoire. Il s'agit de : Coron, La Plaine, Yzernay, Vezins, Chanteloup-les-Bois, Toutlemonde, Somloire, Les Cerqueux, Saint-Paul-du-Bois, Lys-Haut-Layon, Montilliers, Cernusson, Cléré-sur-Layon, Passavant-sur-Layon.

SANTÉ-ENVIRONNEMENT

Cholet première couronne

et

89 % des personnes interrogées considèrent que leur environnement (logement, air, bruit, espaces verts...) a un impact sur leur santé, dont 61 % de manière marquée.

Les cinq enjeux perçus comme prioritaires traduisent une attention soutenue aux déterminants environnementaux :

1. L'accès à la nature et à la biodiversité
2. L'alimentation
3. La qualité de l'air extérieur
4. La qualité de l'air intérieur
5. Le bruit

Ces résultats valident la pertinence des orientations actuelles du CLS en matière de santé environnementale, et invitent à renforcer les actions dans une logique transversale associant santé, urbanisme et qualité de vie.

QPV

Une très large majorité (81 %) des répondants des QPV perçoivent un lien direct entre leur environnement de vie et leur santé.

Les préoccupations les plus partagées concernent :

1. L'accès aux espaces verts
2. L'alimentation
3. Les mobilités actives
4. Le bruit
5. Le changement climatique

L'air extérieur et l'eau potable sont également cités, dans une approche sensible aux déterminants structurels de la santé. Ce retour valide la pertinence d'approches intersectorielles croisant urbanisme, mobilité et santé dans les quartiers prioritaires.

Communes rurales

Un lien santé-environnement très affirmé : 88 % perçoivent un impact de leur cadre de vie sur leur santé, dont 72 % « beaucoup ».

Priorités identifiées :

1. Accès aux espaces verts & biodiversité (57 %)
2. Alimentation (54 %)
3. Mobilités actives (40 %)

Le bruit (26 %) et la qualité de l'air intérieur (21 %) suscitent moins d'inquiétude ; les pesticides et le changement climatique sont vus comme enjeux « modérés » mais notables (≈ 30 %).

Cet attachement au cadre naturel offre un solide point d'appui pour les futures actions de santé environnementale, notamment autour d'une alimentation de qualité et des mobilités douces.

ACCES AUX SOINS

Cholet première couronne

et

86 % des répondants déclarent avoir rencontré des difficultés d'accès à un professionnel de santé au cours des 12 derniers mois. Les spécialités médicales (73 %) et la médecine générale (56 %) sont les plus

QPV

concernées, mais des difficultés existent aussi pour d'autres professions (dentaire, kiné, orthophonie).

Les causes identifiées sont bien connues : un manque de professionnels disponibles (84 %) et des délais d'attente importants (49 %). Certains répondants évoquent également des départs en retraite non remplacés et des refus de nouveaux patients, révélant une tension accrue sur l'offre de soins.

Seuls 8 % considèrent que cette offre répond bien à leurs besoins ; 53 % expriment une insatisfaction, et 39 % donnent une évaluation plus nuancée. Ces données plaident pour un renforcement des dynamiques d'organisation territoriale de l'offre de soins, en lien avec les acteurs de santé et les usagers.

71 % des habitants des QPV rapportent des difficultés d'accès aux soins, notamment aux médecins généralistes (64 %) et spécialistes (59 %).

Les principales causes évoquées sont :

- Le manque de professionnels disponibles (78 %)
- Les délais d'attente trop longs (46 %)

Les soins dentaires et kinésithérapeutiques sont également perçus comme difficilement accessibles. Ces retours pointent une tension sur l'offre de soins dans les quartiers prioritaires, et appellent à des réponses adaptées : dispositifs mobiles, permanences délocalisées, ou coordination renforcée des acteurs de santé de proximité.

Seuls 22 % des répondants estiment que l'offre de soins répond à leurs besoins, tandis que :

- 37 % jugent qu'elle y répond « moyennement »
- 41 % expriment une insatisfaction claire

Cela conforte l'idée que la présence d'une offre ne suffit pas : son accessibilité, son adaptation aux réalités du territoire, et la relation de confiance avec les usagers sont tout aussi essentielles.

Communes rurales

81 % déclarent avoir connu des obstacles d'accès aux soins durant les 12 derniers mois.

Professions les plus concernées : spécialistes (77,6 %, dont la psychiatrie citée), généralistes (41 %), puis dentistes et kinésithérapeutes.

Motifs principaux : manque de professionnels (75,8 %), délais d'attente (63 %), refus de nouveaux patients, dispersion géographique.

Perception globale de l'offre :

- 13 % la jugent adaptée,
- 55 % « partiellement » adaptée,
- 32 % insuffisante.

Ces chiffres soulignent la nécessité de solutions de proximité (équipe mobile, télé-consultations, coopérations inter-professionnelles) et d'un renforcement de l'attractivité médicale rurale.

CONNAISSANCE DES ACTIONS LOCALES

Cholet première couronne	et	Seul un tiers des habitants (31 %) déclarent connaître des actions de prévention ou de santé sur leur commune ou sur l'agglomération. Près de la moitié (48,4 %) n'en identifient aucune, et 21 % ne savent pas répondre. Ce constat invite à poursuivre les efforts de communication de proximité et de visibilité des actions de santé publique, en s'appuyant sur des relais locaux et des formats adaptés aux différents publics.
QPV		La visibilité des actions de santé publique reste faible : seuls 20 % des habitants des QPV déclarent connaître des initiatives de prévention locales. Plus de 54 % n'en connaissent aucune, et un quart ne sait pas répondre. Ce constat invite à renforcer la communication de proximité, en s'appuyant sur les acteurs associatifs, les structures relais et des formats d'information mieux adaptés aux habitants des QPV.
Communes rurales		Connaissance limitée : 22 % seulement identifient des actions de santé ou de prévention locales ; 54 % n'en connaissent aucune et 24 % restent incertains. Implication : accentuer la communication de terrain (mairies, associations, professionnels relais) et diversifier les formats (réunions publiques, outils numériques, médiateurs santé) pour réduire le sentiment d'isolement.

PRIORITÉS EXPRIMÉES

Cholet première couronne	et	1. L'accès aux soins (85 %) 2. La prévention de l'environnement extérieur (50,5 %) 3. La santé mentale (49 %) 4. L'accès aux droits en santé (46,8 %) 5. L'alimentation saine (31,3 %) Enfin, quelques verbatims soulignent des préoccupations émergentes, telles que l'insécurité routière ou les nuisances liées aux rodéos urbains. Ces enjeux confirment l'intérêt d'une approche intégrée de la santé publique, prenant en compte le cadre de vie au sens large.
QPV		1. L'accès aux soins (73 %) 2. L'accès aux droits en santé (52 %) 3. La santé mentale (51 %) 4. La prévention de l'environnement extérieur (46 %) 5. L'alimentation saine (36 %)
Communes rurales		1. L'accès aux soins (88,62 %) 2. La prévention de l'environnement extérieur (43,11 %) 3. La santé mentale (41,92 %) 4. L'accès aux droits en santé (36,53 %) 5. L'alimentation saine (32,34 %)

Conclusion – Une richesse d’enseignements pour affiner et renforcer les actions du prochain CLS

L’analyse des réponses issues de l’enquête met en évidence des dynamiques territoriales contrastées, révélatrices de besoins différenciés mais également de points d’appui importants pour les actions futures du Contrat Local de Santé. Ces éléments ne remettent nullement en question les orientations engagées, mais permettent d’enrichir leur déclinaison opérationnelle à l’échelle des différents territoires.

Une attention accrue à la santé mentale, enjeu partagé mais perçu de manière inégale

La santé mentale apparaît comme une préoccupation majeure sur l’ensemble du territoire. Si les perceptions varient, le besoin de visibilité, de lisibilité et d’adaptation des réponses semble faire consensus. Ces résultats soulignent l’importance de poursuivre et de renforcer les actions en faveur de la santé psychique, tout en tenant compte des réalités locales.

Un attachement aux ressources environnementales, à valoriser dans une approche territorialisée

Les habitants expriment un lien fort avec leur environnement, en particulier en zone rurale, où les atouts naturels sont largement valorisés. Cette sensibilité constitue un levier intéressant pour développer des approches de santé environnementale ancrées dans les spécificités locales, tout en restant attentif aux préoccupations émergentes liées aux nuisances ou à la pollution.

Un accès aux soins à améliorer, avec des défis distincts selon les contextes

Les difficultés d’accès aux soins, bien que généralisées, s’expriment différemment selon les espaces : saturation dans les zones urbaines, pénurie et éloignement en milieu rural, ou encore déficit de disponibilité dans les quartiers prioritaires. Ces constats plaident pour une réponse coordonnée, articulant renforcement de l’offre, amélioration de la lisibilité et développement de solutions de proximité.

Une offre de soins perçue comme encore perfectible malgré les efforts engagés

Les résultats traduisent une attente forte des habitants en matière de lisibilité, d’adéquation et de réactivité de l’offre de soins. Cette perception, souvent nuancée, offre une opportunité de mieux faire connaître les dispositifs existants et de renforcer l’adéquation entre les attentes des habitants et les services proposés.

Un déficit de visibilité des actions locales de santé à combler

La méconnaissance des actions de prévention locales invite à poursuivre l’effort de communication de proximité, notamment en s’appuyant sur les relais de terrain et en diversifiant les modalités de diffusion.

Des priorités convergentes mais des besoins différenciés, appelant des réponses ajustées

Les axes d’intervention du CLS – santé mentale, prévention, santé environnement, accès aux soins – sont largement confortés par les résultats de l’enquête. Les variations territoriales observées confirment l’intérêt d’une stratégie à la fois cohérente à l’échelle intercommunale et adaptée à chaque contexte local.

2.3 Zoom sur les publics vulnérables

Ce chapitre s'intéresse à la perception des vulnérabilités exprimées par les habitants. Il complète l'approche quantitative en mettant en lumière d'autres situations sensibles : précarité, rôle d'aidant, handicap... Ces témoignages enrichissent la compréhension des besoins de santé sur le territoire, au-delà des indicateurs statistiques.

2.3.1 Personnes en situation de handicap

Les réponses recueillies auprès de 158 personnes concernées par le handicap (psychique ou mental – 38 % -, moteur – 29 % - et cognitif – 22 %) offrent des enseignements précieux. Elles éclairent les leviers d'amélioration possibles pour construire une politique locale de santé plus inclusive et adaptée à leurs réalités.

1. Un parcours de santé encore semé d'obstacles

82 % des répondants déclarent avoir rencontré des difficultés d'accès aux soins, en particulier pour :

- les médecins spécialistes (66 %)
- les médecins généralistes (47 %)

Les causes évoquées sont multiples : manque de professionnels (77 %), délais d'attente (51 %), mais aussi contraintes de mobilité ou méconnaissance des structures existantes. Ces difficultés, bien connues, appellent à des solutions combinant accessibilité physique, lisibilité de l'offre et coordination interprofessionnelle.

2. Une santé mentale fragilisée, encore trop peu accompagnée

Le mal-être psychologique est très présent dans cette population :

- 82 % déclarent avoir ressenti une détresse psychologique
- 29 % de façon fréquente

Malgré ce constat, 1 personne sur 3 n'a jamais consulté en santé mentale, souvent faute de ressources identifiées ou accessibles. Cela souligne l'importance de mieux faire connaître les dispositifs existants, d'en faciliter l'accès, et de développer des espaces d'écoute adaptés, au croisement du soin, du social et du médico-social.

3. Une offre de prévention peu visible pour les publics concernés

Seuls 27 % des répondants déclarent connaître des actions locales de prévention. La santé mentale, en particulier, demeure mal identifiée en termes de ressources disponibles. Cela invite à renforcer la communication ciblée et à co-construire des outils de médiation ou d'orientation avec les personnes concernées.

4. Des priorités claires, révélatrices de besoins structurels

Les thématiques jugées prioritaires par les répondants sont :

- Accès aux soins
- Santé mentale

- Accès aux droits en santé
- Santé environnementale
- Prise en charge des maladies chroniques

Ces priorités appellent à des réponses transversales, pensées pour articuler santé, autonomie, inclusion et qualité de vie.

5. Des verbatims porteurs de sens

« La santé passe par un bon environnement ! Il y a presque tout déjà, reste à le rendre plus visible et accessible à tous et pour tous ! »

« Manque de sport adapté pour les personnes en situation de handicap moteur, souvent isolé car la pathologie est opposée à une personne en situation d'handicap mental. »

Ces témoignages appellent à des réponses différenciées, respectueuses des singularités, et à une meilleure prise en compte des spécificités dans les politiques locales de santé.

2.3.2 Aidants familiaux

Les réponses des 51 aidants familiaux ayant participé à l'enquête – en majorité domiciliés à Cholet (67 %) – offrent un éclairage précieux sur une population souvent en retrait des politiques de santé, bien qu'elle soit confrontée à une double charge : celle d'accompagner un proche en perte d'autonomie, et celle de préserver sa propre santé.

1. Une double vulnérabilité dans l'accès aux soins

82 % des aidants rapportent des difficultés d'accès à un professionnel de santé au cours des 12 derniers mois.

Les médecins spécialistes (79 %) sont les plus concernés, suivis des généralistes (48 %).

En plus des motifs habituels (manque de disponibilité, délais d'attente), plusieurs aidants évoquent le manque de temps pour se soigner eux-mêmes, reflet d'un quotidien exigeant et peu compatible avec le recours aux soins.

2. Une souffrance psychologique réelle, mais peu prise en charge

71 % déclarent avoir déjà ressenti un mal-être ou une détresse psychologique, dont 20 % fréquemment.

Pourtant, près de 60 % n'ont jamais consulté en santé mentale, non par absence de besoin, mais souvent à cause :

- d'un accès insuffisant ou méconnu,
- d'un manque de temps,
- ou d'un sentiment de devoir « tenir le coup » seul(e).

Ces résultats rappellent combien les aidants ont besoin, au-delà de l'aide apportée à leur proche, de soutiens ciblés, accessibles et légitimes pour eux-mêmes.

3. Une information trop peu visible, source d'isolement

Un quart seulement des répondants disent connaître des actions locales de santé.

Plus de la moitié ne savent pas identifier les ressources existantes. Cette méconnaissance accentue le sentiment d'isolement ressenti par de nombreux aidants, et

souligne l'importance d'une communication plus ciblée, construite à partir de leurs contraintes et de leurs canaux d'accès privilégiés.

4. Des priorités révélatrices d'un besoin de reconnaissance et d'équilibre

Les aidants expriment des besoins clairs, qui traduisent à la fois leur rôle auprès d'un proche et leur besoin personnel d'attention et de répit :

- Accès aux soins (85 %)
- Droits en santé (67 %)
- Santé mentale (60 %)
- Activité physique adaptée
- Déterminants environnementaux (alimentation, qualité de vie...)

Ce dernier point met en lumière une recherche d'équilibre entre engagement familial et bien-être personnel, encore trop rarement prise en compte dans les dispositifs généralistes.

2.3.3 Personnes sans emploi

Les 106 personnes sans emploi ayant répondu à l'enquête – majoritairement domiciliées à Cholet (72 %) et en partie issues des quartiers prioritaires (25 %) – livrent un éclairage précieux sur les difficultés d'accès aux soins, les vulnérabilités psychologiques et le déficit d'information sur les dispositifs de santé. Cette parole confirme la nécessité de mieux articuler politiques sociales et politiques de santé dans une approche de proximité.

1. Un accès aux soins particulièrement contraint

74 % des répondants ont rencontré des obstacles pour consulter un professionnel de santé au cours des 12 derniers mois.

Ces difficultés concernent :

- les spécialistes (60 %),
- les généralistes (52 %),
- ainsi que des soins spécifiques (dentaire, kinésithérapie).

Les motifs évoqués sont connus : manque de professionnels disponibles (74 %), délais trop longs (54 %), mais aussi refus de nouveaux patients.

Cette situation alimente un sentiment d'exclusion du système de soins, malgré des besoins souvent accrus (27 % sont en situation de handicap, 17 % vivent avec une pathologie chronique).

2. Une souffrance psychologique fréquente et parfois silencieuse

80 % des personnes sans emploi déclarent avoir déjà ressenti un mal-être ou une détresse psychologique, dont 40 % fréquemment.

57 % ont déjà consulté, mais les freins restent nombreux :

- accès limité ou coût trop élevé (34 %),
- manque d'information (20 %),
- difficulté à demander de l'aide (« peur », « difficulté à franchir le pas »).

Ce constat souligne la nécessité de dispositifs d'écoute accessibles, de médiations en santé mentale, et de campagnes d'information bienveillantes pour lever les freins au recours.

3. Une méconnaissance persistante des dispositifs de santé publique

59 % des répondants ne connaissent aucune action locale de prévention, et 25 % ne savent pas s'il en existe.

Ce déficit d'information contribue au non-recours et révèle un éloignement vis-à-vis de l'action publique locale, parfois renforcé par des parcours sociaux complexes ou une précarité durable.

4. Des priorités exprimées à la croisée du curatif et du structurel

Les attentes formulées s'articulent autour de trois priorités fortes :

- Amélioration de l'accès aux soins (71 %)
- Santé mentale (53 %)
- Accès aux droits en santé (52 %)

D'autres déterminants de santé sont également évoqués :

- Activité physique (39 %)
- Alimentation saine (37 %)
- Conditions environnementales

« Cela fait maintenant 6 ans que je vis à Cholet et je n'ai toujours pas réussi à avoir un médecin généraliste, cela me paraît être une urgence prioritaire. Ensuite, il faudrait mettre en place rapidement des actions de préservation de l'environnement, de désimperméabilisation des sols, de développement des transports en commun et mobilités vertes. »

Ce témoignage illustre une demande d'accompagnement global, intégrant soins, cadre de vie et équité d'accès.

5. Vers une approche intersectorielle et inclusive dans le CLS

Les enseignements de ce groupe appellent à :

- Renforcer l'accompagnement vers les soins,
- Favoriser le repérage et la prévention en santé mentale,
- Développer des dispositifs de proximité pour lutter contre le non-recours,
- Créer des ponts entre santé, emploi, action sociale et environnement.

Conclusion – Un socle commun de besoins partagés avec d'autres publics fragilisés

Les personnes sans emploi, en situation de handicap ou aidantes expriment un même besoin de :

- visibilité des dispositifs,
- meilleure accessibilité des soins,
- reconnaissance de leurs réalités dans les politiques locales.

Le futur Contrat Local de Santé représente une opportunité stratégique pour répondre à ces attentes à travers des actions territorialisées, co-construites et intersectorielles, plaçant l'équité en santé au cœur de la démarche.

2.4 Santé mentale

Les résultats de l'enquête confirment que la santé mentale constitue un enjeu majeur de santé publique à l'échelle de Cholet Agglomération. Ils révèlent à la fois une souffrance psychique largement répandue, un sous-recours persistant aux dispositifs existants, et une perception

critique de l'offre locale, traduisant un besoin de renforcement, de visibilité et d'accompagnement.

1. Une souffrance psychique fréquente et parfois banalisée

61,6 % des répondants déclarent avoir déjà ressenti un mal-être ou une détresse psychologique, dont près de 15 % de manière fréquente.

Cette réalité traverse l'ensemble des publics et des territoires, confirmant qu'il ne s'agit pas d'une problématique marginale, mais bien d'un enjeu de santé transversal, à aborder de manière globale.

2. Un sous-recours aux professionnels de santé mentale, malgré les besoins exprimés

59,5 % des personnes concernées par une détresse psychique n'ont jamais consulté de professionnel.

Si 71 % des non-consultants disent ne pas avoir eu besoin de consulter, ce chiffre doit être interprété avec prudence, à la lumière des nombreux freins exprimés :

- Difficultés d'accès (délais, coût, manque de disponibilité) – 14,5 %
- Manque d'information sur les ressources existantes – 14 %
- Freins plus invisibles : sentiment d'illégitimité, peur, culpabilité, attente passive, isolement social...

« Je ne voulais pas déranger les médecins qui ont déjà bien à faire. »

Ce témoignage traduit une souffrance silencieuse et un éloignement vis-à-vis du système de soins, à la fois objectif et émotionnel.

3. Une offre locale de santé mentale perçue comme peu lisible et insuffisante

Seuls 6,5 % des répondants estiment que la santé mentale est suffisamment prise en compte sur le territoire.

56,3 % considèrent que ce n'est pas le cas, et plus d'un tiers ne savent pas se prononcer.

Ce constat révèle :

- Un déficit de visibilité des dispositifs existants
- Un manque de repères pour s'orienter dans le parcours de soins
- Et parfois une absence d'identification claire de l'offre en santé mentale comme un droit accessible à tous

Conclusion – Consolider une politique de santé mentale de proximité et de terrain

Les résultats de l'enquête confirment l'importance de faire de la santé mentale un pilier structurant du futur Contrat Local de Santé, en poursuivant les efforts engagés, notamment à travers le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM), et en les renforçant.

L'attente des habitants est claire : ils souhaitent une approche de la santé mentale qui soit à la fois accessible, visible et ancrée dans leur quotidien. Il ne s'agit pas seulement d'élargir l'offre existante, mais aussi de mieux accompagner, mieux informer, et mieux articuler les ressources déjà présentes sur le territoire. La dynamique portée par le CLSM constitue une base solide sur laquelle s'appuyer, à condition de lui donner les moyens nécessaires pour animer cette politique au plus près des réalités de terrain.

2.5 Prévention et promotion de la santé

Les résultats de l'enquête confirment l'importance que les habitants accordent aux déterminants de santé dans leur vie quotidienne. Ils traduisent une volonté de voir émerger des actions de prévention plus lisibles, mieux connectées aux réalités du terrain, et intégrées aux politiques environnementales, sociales et urbaines du territoire.

1. La prévention perçue comme un enjeu de fond, au croisement du curatif et de l'environnement

Si l'accès aux soins reste la priorité n°1 (86,4 % des répondants), l'environnement extérieur (48 %) et la santé mentale (46,6 %) s'imposent également comme des attentes majeures.

Cette hiérarchie confirme la pertinence du diagnostic territorial, qui insiste sur l'interdépendance entre conditions de vie, santé psychique et exposition environnementale.

2. Un lien fort entre santé et cadre de vie

Près de 9 répondants sur 10 reconnaissent l'impact de leur environnement (air, bruit, logement, espaces verts...) sur leur santé.

Les facteurs les plus préoccupants sont :

- l'alimentation,
- la qualité de l'air extérieur,
- l'exposition aux produits du quotidien,
- les conditions climatiques extrêmes,
- et les obstacles à la mobilité active (marche, vélo).

Ce lien entre santé et cadre de vie n'est pas théorique : il repose sur des expériences tangibles du quotidien, positives ou négatives, exprimées avec force dans les verbatims.

3. Une perception contrastée de la qualité de vie selon les territoires

Certains habitants soulignent les atouts d'un cadre apaisé, en particulier dans les zones rurales ou périurbaines :

« Vivre à la campagne préserve du stress, des pics de pollution, des nuisances sonores, des tentations de consommation – l'accès aux vies associatives riches. »

D'autres valorisent les ressources locales positives : infrastructures sportives, offre alimentaire, lien social, équipements verts :

« La nature, la proposition d'équipements sportifs (piscine à Vihiers), l'offre médicale de proximité, l'offre de produits alimentaires de qualité. »

À l'inverse, certains facteurs détériorent fortement le vécu quotidien :

- Bruit (circulation, rodéos, aérodrome)
- Insécurité (incivilités, alcoolisation)
- Effets du changement climatique (chaleur dans les logements, pollution de l'air)

« Le bruit, la chaleur de plus en plus insoutenable et le grésillement des lignes à haute tension. »

« L'accès compliqué aux soins. La situation stressante des incivilités dans la ville. L'impact respiratoire des véhicules à moteur pour les vélos et piétons. »

4. Des équipements sous-utilisés, en raison de freins plus profonds

Bien que 91,7 % des répondants aient accès à des espaces verts à proximité, cette accessibilité ne compense pas les déficits ressentis dans :

- la qualité de vie urbaine,
- la fréquence des transports en commun,
- ou encore l'insuffisance des actions de prévention environnementale perçues.

Ces résultats soulignent l'importance de ne pas se limiter à une offre en infrastructures, mais d'agir sur les conditions d'appropriation, d'information et de confiance vis-à-vis de l'action publique locale.

Conclusion - Renforcer la prévention en s'ancrant dans l'expérience quotidienne des habitants

Les attentes exprimées par les habitants convergent vers une vision globale et située de la santé : il ne s'agit pas uniquement d'informer ou de sensibiliser, mais d'agir sur les conditions de vie concrètes.

Le futur Contrat Local de Santé peut répondre à ces attentes en :

- Améliorant l'environnement sonore et atmosphérique,
- Favorisant l'accès aux espaces naturels et aux mobilités douces,
- Développant des actions de prévention environnementale visibles et régulières,
- Luttant contre l'isolement et renforçant les liens sociaux de proximité,
- Mieux faisant connaître les dispositifs existants, notamment en prévention et santé mentale.

L'action locale en santé gagne à s'appuyer sur une lecture sensible du territoire, fondée sur l'écoute du vécu des habitants. Cela suppose d'impliquer ces derniers dès la conception des actions, dans une logique de co-construction, d'équité et d'empowerment.

2.6 Accès aux soins

Les résultats de l'enquête confirment l'importance stratégique de l'accès aux soins pour les habitants de Cholet Agglomération. Derrière cette priorité largement exprimée se dessinent des freins multiples, territorialisés et différenciés, qui traduisent autant des déficits d'offre que des besoins d'accompagnement, de structuration et d'innovation dans les parcours.

1. Le médecin traitant : un lien fondamental, mais encore trop souvent absent

70,8 % des répondants déclarent avoir un médecin traitant, mais près de 30 % n'en disposent pas, un chiffre préoccupant au regard du rôle central de ce professionnel dans la prévention, l'orientation et la coordination des soins.

Cette situation révèle une fragilité accrue des parcours de santé pour une part significative de la population, notamment dans les zones rurales et en périphérie de l'agglomération.

2. Des difficultés généralisées pour consulter

Plus de 83 % des répondants ont rencontré des obstacles pour accéder à un professionnel de santé au cours des 12 derniers mois.

Les difficultés concernant :

- les spécialistes (73 %),
- les généralistes (51 %),
- et d'autres professionnels de santé (25 %) : chirurgiens-dentistes, kinésithérapeutes, orthophonistes.

Les freins les plus fréquents sont :

- le manque de médecins disponibles (80 %)
- les délais d'attente trop longs (52 %)

« Pas de médecin disponible et surtout on n'accepte pas les nouveaux patients, donc je suis refusée systématiquement. »

3. Des impacts territoriaux marqués : éloignement, renoncement, désorganisation des parcours

Plusieurs habitants témoignent de la nécessité de se déplacer loin – parfois jusqu'à une heure – pour obtenir un rendez-vous :

« J'ai seulement trouvé un médecin traitant à une heure d'ici [...]. C'est un trajet long et difficile à organiser avec un travail dans le Choletais. »

Ces contraintes renforcent :

- le renoncement aux soins,
- les inégalités de suivi,
- et la désorganisation des parcours, en particulier pour les publics fragiles ou peu mobiles.

4. Une offre perçue comme largement insuffisante

- 48 % des répondants estiment que l'offre de soins ne répond pas à leurs besoins,
- 42 % la jugent seulement « moyennement » adaptée,
- Et moins de 10 % considèrent l'offre comme satisfaisante.

Ces résultats traduisent un ressenti généralisé de saturation, voire d'abandon, avec des effets directs sur la confiance dans le système de santé local.

5. Téléconsultation : un levier d'appoint, encore sous-utilisé

Seuls 27 % des répondants ont déjà eu recours à la téléconsultation. 46 % se disent prêts à l'envisager si elle est proposée, mais plus d'un tiers restent réticents.

Ce faible taux d'usage indique :

- un besoin d'accompagnement à la pratique,
- et la nécessité de positionner la téléconsultation comme un outil complémentaire, notamment dans les zones à offre médicale réduite, sans qu'elle remplace le lien humain du soin en présentiel.

Conclusion – Renforcer une accessibilité aux soins territorialisée, coordonnée et inclusive

L'accès aux soins constitue un pilier central de la politique de santé du territoire. Il s'agit d'une priorité transversale, qui concerne l'ensemble de la population, sans distinction d'âge, de situation sociale ou de lieu de résidence. Au-delà du renforcement quantitatif de l'offre médicale, l'enjeu est de bâtir un système de soins plus lisible, de proximité et mieux coordonné, afin de garantir une santé accessible à toutes et tous.

Les résultats de l'enquête confirment les constats déjà établis dans le diagnostic : déficit de professionnels de santé, inégalités territoriales marquées, non-remplacement des départs en retraite, saturation de certains services et sentiment d'abandon ressenti par une partie des habitants.

Face à ces défis, Cholet Agglomération a d'ores et déjà engagé des actions volontaristes pour renforcer l'attractivité médicale. Le futur Contrat Local de Santé devra s'inscrire dans cette dynamique, en consolidant la coordination entre acteurs et en soutenant la mise en œuvre de solutions adaptées aux réalités du territoire.

Enquête habitants - Ce qu'il faut retenir :

L'enquête menée auprès des habitants de Cholet Agglomération apporte un éclairage précieux sur leurs perceptions, leurs attentes en matière de santé, et les difficultés concrètes rencontrées au quotidien. Elle constitue un socle de légitimité pour orienter, en connaissance de cause, les priorités du futur Contrat Local de Santé.

Les résultats confirment que, malgré l'engagement fort de la collectivité depuis une dizaine d'années en faveur de la santé, le territoire reste traversé par des inégalités d'accès aux soins : difficulté à trouver un médecin traitant, délais d'attente prolongés, accès complexe à certaines spécialités, éloignement géographique des structures. Ces obstacles, bien que diversement exprimés selon les lieux de vie, alimentent parfois le non-recours aux soins, fragilisent les démarches de prévention et peuvent contribuer à un sentiment de vulnérabilité, voire à une souffrance psychologique.

La santé mentale ressort comme un sujet de préoccupation majeur. Elle est fréquemment citée, souvent vécue, mais encore trop peu accompagnée. Le mal-être exprimé par de nombreux répondants est confronté à de multiples freins : méconnaissance des ressources, sentiment de ne pas être légitime à consulter, manque de solutions de proximité.

Les réponses des habitants rappellent aussi combien les déterminants sociaux et environnementaux – alimentation, mobilité, qualité de l'air, bruit, accès à la nature, liens sociaux – influencent directement la santé. Ces dimensions, déjà prises en compte dans certaines politiques publiques locales, doivent désormais être pleinement intégrées dans une approche globale et cohérente de la santé.

Dans ce contexte, le futur Contrat Local de Santé ne part pas de rien : il doit capitaliser sur les dynamiques déjà engagées par la collectivité, renforcer la visibilité des dispositifs existants, et encourager une meilleure articulation entre acteurs. Il s'agira également d'ancrer les actions dans la réalité vécue des habitants, en ciblant prioritairement les publics les plus éloignés du système de santé et en misant sur la proximité, la lisibilité et la coordination.

Ce travail d'écoute marque une étape structurante du processus. Il ouvre la voie à une mobilisation collective renouvelée pour faire émerger des réponses concrètes, durables et partagées, afin de poursuivre l'ambition portée par Cholet Agglomération : faire du droit à la santé une réalité accessible à tous.

3 Synthèse du séminaire élus et services

Un séminaire intitulé « *La santé, un avenir collectif pour l'avenir de notre territoire* » s'est tenu le **18 septembre 2025**, réunissant une **cinquantaine d'élus et de services** de Cholet Agglomération. Ce temps fort a permis de partager une culture commune de la santé publique et de nourrir la réflexion collective sur les priorités du futur Contrat Local de Santé.

Atelier : Gouvernance et pilotage du CLS

Objectifs de l'atelier

- Identifier les leviers pour renforcer la coordination entre communes et entre services.
- Favoriser une acculturation des élus et des agents aux enjeux du CLS.
- Définir une gouvernance à 5 ans pour garantir un pilotage partagé, efficace et ancré dans les territoires.

1. Mieux travailler entre communes : vers un pilotage plus collégial

► Enjeux soulevés :

- Les communes expriment le besoin de mieux partager les constats, notamment sur les enjeux environnementaux et de précarité.
- Créer des ponts entre communes permettrait de développer des projets communs et de mutualiser les réponses aux besoins de santé.

► Propositions concrètes :

- Identifier des référents santé élus/DGS dans chaque commune ou à un échelon infra-territoire (pas les mêmes moyens/temps agent dédié selon les communes) pour faciliter le lien avec la coordination CLS et effectuer un rôle de veille et remontée d'informations.
- S'appuyer sur des groupes de travail intercommunaux, à partir de projets concrets, pour faire émerger des coopérations locales.
- Prévoir un référent thématique à l'échelle infra-territoire (modèle de la convention territoriale globale – CTG) ou un représentant élu/technique par commune au COPIL du CLS, afin d'assurer une représentation équilibrée du territoire.
- Organiser des partages d'expériences entre communes pour favoriser la montée en compétence mutuelle.

2. Mieux travailler entre services : une transversalité à construire dans le temps

► Freins identifiés :

- Manque de temps des agents.
- Risque de complexification si la thématique santé est ajoutée sans méthode dans tous les projets.

► Leviers proposés :

- Identifier un référent santé dans chaque service.
- Intégrer la santé dans les fiches projet, en veillant à ne pas surcharger les porteurs.
- Valoriser les actions santé déjà menées dans les services.

- Intervenir sur les enjeux de santé lors des rencontres entre DGS, pour favoriser une approche transversale.
- Mobiliser les outils de communication internes pour diffuser une culture commune autour du CLS.
- Prévoir des présentations régulières du CLS :
 - Une fois par an aux services opérationnels.
 - Une fois par an en comité de direction, pour renforcer la légitimité et l'engagement.

► **Un objectif : faire de la santé un sujet transversal et fédérateur, compris et porté par tous les services, au service des politiques publiques locales.**

3. Acculturation des élus et des agents : un levier essentiel de mobilisation

- Les élus et services ont exprimé le besoin d'acculturation aux enjeux de santé et à la logique du CLS.
- Il s'agit de montrer les transversalités entre les politiques publiques et leurs effets sur la santé.
- Réflexion sur la relance du groupe d'élus référents santé, avec des visites de terrain (ex. : Maison des adolescents) pour leur permettre de s'approprier les dispositifs existants.

4. Une gouvernance qui fonctionne dans 5 ans, c'est...

Les participants ont esquissé une vision partagée d'un pilotage efficace et intégré du CLS :

- Une semaine santé annuelle, associant services municipaux et communes, qui valorise les actions existantes, permet de prioriser les nouvelles, et garantit une équité territoriale.
- Des réunions régulières intercommunales pour coordonner les projets.
- Une ouverture vers d'autres territoires pour s'inspirer des réussites extérieures.
- Une gouvernance plus opérationnelle à travers des dynamiques intercommunales à petite échelle :

L'idée a émergé de faire travailler ensemble de petits groupes de communes (par exemple 5 à 6) pour faciliter les échanges et la mise en œuvre d'actions de santé sur des périmètres plus restreints et cohérents.

Cette piste, encore à l'état de réflexion, pourrait permettre d'adapter le CLS à la diversité des réalités locales tout en gardant une cohérence à l'échelle de l'agglomération.

- Des élus sensibilisés et moteurs, impliqués dans les instances et engagés dans la transformation locale des politiques de santé.

Atelier : Communication en santé

Objectifs de l'atelier

- Identifier les leviers pour mieux faire connaître le CLS auprès des habitants, des professionnels et des élus.
- Définir des stratégies pour toucher les publics éloignés des messages de santé.
- Formuler une vision à 5 ans des résultats attendus en matière de communication en santé.

1. Mieux faire connaître le CLS : des besoins clairs de lisibilité et de pédagogie

► Des outils et des relais à mobiliser :

- Vulgarisation grand public des actions et des enjeux du CLS : adapter le langage pour qu'il soit compris de tous.
- Appui sur les professionnels de terrain : travailleurs sociaux, professionnels de santé, enseignants, agents des services publics, mission locale, services de santé au travail...
- Communication multimodale : associer le papier et le numérique.
- Sensibilisation systématique : accompagner chaque action CLS d'un message de santé publique clair et impactant, en lien avec ses impacts sur la santé physique et mentale.
 - Ex. : « 5 kms de vélo = +2 ans d'espérance de vie ».
 - Ex : lors de l'inauguration d'une aire de jeux en QPV, valoriser ses impacts en santé : *« Bouger pour rester en forme, se sentir bien, créer du lien, grandir en confiance... Une aire de jeux, c'est bien plus qu'un lieu pour s'amuser : c'est un coup de pouce pour la santé et le moral. »*
- Outils pédagogiques à imaginer : plaquettes sur les bénéfices d'une action, transformation des perceptions négatives en messages positifs.

► Des formats d'animation à envisager :

- Assises santé ponctuelles sur des thématiques ouvertes aux habitants et professionnels.
- Communication directe avec les établissements scolaires : vecteurs d'information et de sensibilisation auprès des enfants et des familles.
- Organisation d'une semaine annuelle de la santé, avec une thématique forte par édition.

► Un enjeu politique :

- Mieux faire connaître le CLS aux élus et aux services, en lien avec leur champ d'action et leur territoire.
- Favoriser une prise de conscience collective autour de la santé globale.

2. Aller vers les publics éloignés et invisibles : démarches proactives et ancrage local

► Obstacles identifiés :

- Barrières linguistiques, défiance vis-à-vis des institutions, fracture numérique, difficulté d'accès à l'information.

► Propositions concrètes :

- S'appuyer sur des lieux de vie et de confiance : Associations, centres sociaux, écoles, CCAS, maisons d'animation, lieux de distribution alimentaire...
- Développer la médiation sociale et sanitaire : Les médiateurs sont utiles pour porter des messages clairs, vérifiés et adaptés.
- Travailler en transversalité entre services municipaux pour une meilleure cohérence et complémentarité.

- Renforcer la délocalisation des actions de prévention hors de Cholet, pour aller à la rencontre des habitants des autres communes.

► **Actions spécifiques proposées :**

- Transmettre aux écoles, assistantes maternelles et maternités l'agenda des actions CLS sur leur territoire.
- Déployer des dispositifs itinérants pour renforcer la présence du CLS sur tout le territoire.

3. Vision à 5 ans : des marqueurs de transformation attendus

Les participants ont défini une vision ambitieuse d'une communication en santé réussie :

- Dans 5 ans, les habitants connaissent le CLS, ne sollicitent plus la mairie pour trouver un médecin, et proposent eux-mêmes des actions.
- Participation renforcée aux campagnes de dépistage, aux actions de prévention, et adoption de comportements bénéfiques à la santé.
- Réduction des inégalités de santé :
 - Baisse de la file active en psychiatrie.
 - Diminution du nombre de fast-foods, des addictions, et de certaines causes évitables de mortalité.
- Suivi de l'impact via des indicateurs innovants :
 - Compteurs vélo visibles, nombre d'inscrits au pollinarium sentinelle...
 - Enquêtes au début et à la fin du mandat pour évaluer l'impact global.

Enjeux transversaux à intégrer

- Cohérence territoriale : attention aux écarts entre les objectifs du CLS et les attentes des habitants.
- Démocratie sanitaire : impliquer les habitants et les rendre proactifs.
- Communication positive : donner envie, valoriser les progrès, travailler sur l'envie d'agir.

Atelier : Données en santé

Objectifs de l'atelier : mieux comprendre comment utiliser les données (observations de terrain, retours d'usagers, statistiques), à qui les remonter, et comment s'en saisir collectivement pour agir.

Les données actuellement mobilisées par les acteurs locaux

Les participants ont partagé une grande variété de sources et d'usages des données de santé à l'échelle locale. Si ces données sont utiles, elles restent souvent fragmentées, indirectes ou difficilement consolidables.

1. Données sur l'accès aux soins :

- Nombre de patients sans médecin traitant

- Départs à la retraite des professionnels de santé
- File active par médecin

2. Sources d'information mobilisées :

- Retours d'habitants, réseaux sociaux, professionnels de santé, services municipaux
- Données statistiques (INSEE), Analyses des Besoins Sociaux (ABS), ABS Seniors à l'échelle intercommunale
- Équipes éducatives (écoles, crèches), référents santé handicap

3. Données sur le cadre de vie et la santé environnementale :

- Espaces verts, qualité de l'air, pollens (Pollinarium)
- Données issues de projets d'aménagement (végétalisation des cours d'écoles, etc.)
- Informations issues des centres sociaux, des associations et d'événements locaux

4. Santé des publics vulnérables :

- Observations empiriques issues des enseignants et professionnels éducatifs
- Données qualitatives remontées lors d'événements type forums emploi/handicap
- Appuis spécifiques via les maîtres de stage, les maisons de santé pluriprofessionnelles, les entreprises locales (qui peuvent être mobilisées via le service développement économique)

Les manques identifiés

Les participants ont souligné plusieurs lacunes majeures, à la fois en termes de types de données disponibles et de conditions d'accès ou d'exploitation :

À l'échelle locale :

- Données manquantes sur l'accès aux spécialistes
- Manque d'informations sur les résidents en EHPAD, en lien avec l'absence de médecins coordonnateurs
- Besoin de données qualitatives sur les freins à l'installation de professionnels de santé sur le territoire

Sur les enfants et les adolescents :

- Absence de suivi structuré sur des problématiques telles que les troubles du comportement, la santé mentale, le harcèlement
- Faible remontée d'informations due notamment au nombre insuffisant d'infirmiers scolaires

Sur le cadre de vie :

- Manque d'indicateurs mesurant l'accès effectif de la population aux parcs, jardins, et autres espaces naturels

Sur les inégalités sociales de santé :

- Données locales jugées insuffisantes pour agir efficacement
- Données peu disponibles ou trop générales sur les Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville (QPV)

- Proposition de création d'un observatoire local des inégalités sociales de santé, notamment dans les QPV

Freins à l'exploitation des données

- Contraintes réglementaires : Le RGPD limite parfois l'accès aux données individuelles
- Manque de temps et de moyens pour consolider, analyser et diffuser les données existantes
- Difficulté d'appropriation des données par les acteurs de terrain, faute d'une structuration partagée

Pistes d'amélioration et leviers pour le CLS

Les participants ont proposé plusieurs leviers à intégrer dans la dynamique du Contrat Local de Santé :

1. Mieux structurer le partage et la circulation des données :

- Renforcer les partenariats avec les acteurs-clés (ARS, CAF, CPAM, Éducation nationale, ESS, entreprises...)
- Consolider, actualiser et centraliser les données existantes à l'échelle intercommunale
- Diffuser ces données de manière lisible à l'ensemble des acteurs du territoire, au-delà des seuls professionnels de santé

2. Valoriser les outils existants :

- Intégrer un volet "santé globale" dans l'Analyse des Besoins Sociaux (ABS), document obligatoire pour les collectivités, afin de croiser enjeux sociaux et santé publique

Atelier : Santé environnement et cadre de vie

Objectifs de l'atelier :

- Dresser un état des lieux partagé des initiatives, équipements et actions déjà en place sur le territoire en matière de santé environnement et de cadre de vie favorable à la santé.
- Identifier collectivement les freins et obstacles qui limitent le développement de ces démarches, qu'ils soient financiers, organisationnels, culturels ou liés à l'acceptabilité sociale.
- Faire émerger des pistes d'action et leviers mobilisables, afin d'orienter les politiques publiques et de nourrir la construction du Contrat Local de Santé, en lien avec les attentes des habitants et des partenaires.

Atouts et ressources existantes

Le territoire dispose déjà d'un ensemble d'équipements, d'initiatives et de démarches favorables à la santé. Ces acquis constituent une base solide pour renforcer le cadre de vie.

- **Espaces et nature** : parcs, jardins, sentiers de randonnée, parcours santé, renaturation des cours d'école et crèches (plus vertes, plus actives, moins genrées, plus fraîches), verdissements des espaces publics (charte de l'arbre).

- **Mobilités actives** : pistes cyclables, liaisons douces, bourses aux vélos, atelier Repair Café (Ecorecyclerie et Kaléidosope), aides financières aux VAE.
- **Vie associative et solidaire** : nombreuses associations sportives, offre culturelle diversifiée, installations sportives variées, transports solidaires pour les personnes âgées, lien social via la police municipale et les ASVP.
- **Alimentation** : offre agricole locale importante, marchés communaux, deux cuisines centrales avec ateliers pédagogiques et actions pour améliorer la qualité sanitaire.
- **Cadre bâti et logement** : rénovation du parc immobilier (notamment dans les QPV), requalification d'espaces publics, création d'espaces verts, un éco-appartement dans un QPV.
- **Santé environnementale et engagements** : PCAET, Plan qualité de l'air, gestion des eaux pluviales (noues vecteur de biodiversité), programmes santé-environnement dans les crèches de la ville de Cholet, charte PMR pour le mobilier urbain (ville de Cholet), labels « Agglo amie des aînés » pour Cholet Agglomération et « ville amie des enfants » pour Cholet.
- **Autres atouts soulignés** : place des animaux dans l'espace public pour le lien social, la santé mentale et la biodiversité ; gestion des déchets perçue comme un levier santé.
- **Interrogation sur le changement climatique** et son impact sur les plus précaires (justice écologique)

Freins et obstacles

Plusieurs contraintes freinent le développement d'un cadre de vie plus favorable à la santé.

- **Urbanisme et foncier** : injonction réglementaire à la densification qui réduit les espaces verts et qui met en concurrence les espaces verts et le bâti, topographie parfois défavorable rendant la sécurisation notamment des cyclistes difficile.
- **Habitudes et acceptabilité** : culture de la voiture dominante, perception négative de certains projets (mauvaises herbes liées à l'arrêt des produits phytosanitaires, cours renaturées entraînant des tâches sur les vêtements des enfants).
- **Organisation et ressources** : accès complexe aux marchés publics des restaurations collectives pour les producteurs locaux (enjeu d'accompagnement/méthodologique des producteurs locaux dans la réponse aux marchés publics) , contraintes nouvelles pour la restauration collective (exemple : port de charge plus lourdes lié au changement d'équipements vers de l'inox), recul du bénévolat.
- **Finances** : frein majeur identifié par tous, nécessitant des choix politiques.
- **Autres enjeux** : éloignement des préoccupations quotidiennes par rapport aux enjeux de santé, nécessité de mettre à jour le Plan d'exposition au bruit, nécessité de remettre le PAT dans le calendrier politique, Faible connaissance ou analyse des bénéfices/risques pour la santé des actions d'autres politiques publiques.

Perspectives et leviers d'action

Les participants ont proposé des pistes concrètes pour améliorer le cadre de vie et renforcer la santé environnementale.

- **Transversalité et concertation** : renforcer la coopération entre services et avec les habitants, développer une thématique annuelle commune (santé, démocratie participative...) portée par l'agglomération, systématiser les études d'impact santé pour les projets portés (mener une étude d'impact en santé concernant la renaturation des cours d'écoles ou de crèches et l'utiliser comme plaidoyer).
- **Innovation territoriale** : s'appuyer sur les QPV comme laboratoires d'expérimentation, déployer la santé communautaire à l'échelle globale.
- **Des idées concrètes pour les publics** : parcours seniors avec bancs et cheminements, carte des parcours fraîcheur, ombrières végétales ou textiles, voie verte Cholet-Maulévrier.
- **Alimentation** : relancer le Projet Alimentaire Territorial, limiter la malbouffe (distributeurs automatiques retirés, publicité plus réglementée).
- **Lien social et accompagnement** : recréer des services de proximité et lieux d'écoute, accompagner le changement de pratiques (mobilité, nature en ville, alimentation), développer les actions d'aller vers.
- Développer des actions au service des mobilités actives et de la résilience du territoire au changement climatique

Enjeux pour le CLS

Le Contrat Local de Santé pourra jouer un rôle moteur en :

- Relançant le Projet Alimentaire Territorial ;
- Intégrant systématiquement le prisme santé dans les projets locaux ;
- Développant la concertation et la pédagogie auprès des habitants ;
- Développant des projets mieux concertés en interne (différents services, différentes échelles villes et agglomération) ;
- Soutenant l'éducation à la santé et à l'environnement ;
- Appuyant les publics fragiles (personnes âgées, habitants isolés, publics précaires).

Message clé : l'attractivité future du territoire dépendra de sa capacité à construire un cadre de vie collectif, solidaire et favorable à la santé.

4 Conclusion générale – Enjeux pour le 3^{ème} Contrat Local de Santé de Cholet Agglomération

À l'issue du diagnostic territorial de santé, plusieurs enjeux transversaux ressortent de manière convergente à travers l'analyse des données quantitatives, les résultats de l'enquête auprès des habitants et les entretiens menés avec les acteurs locaux.

Piste 1 – Agir sur les déterminants environnementaux et sociaux de la santé

Les conditions de vie quotidiennes - alimentation, logement, mobilités, environnement - influencent fortement la santé des habitants.

Les inégalités territoriales d'exposition aux risques (pollution, chaleur, habitat dégradé), les freins à l'accès aux espaces naturels ou les enjeux de précarité énergétique invitent à croiser davantage les politiques publiques, dans une logique de promotion de la santé ancrée localement.

Piste 2 – Faire de la santé mentale une priorité transversale

La santé mentale apparaît comme un enjeu central du territoire.

Les situations d'isolement, d'anxiété ou de mal-être appellent des réponses décroisées, associant les champs social, éducatif, sanitaire et citoyen.

La dynamique du Conseil Local de Santé Mentale constitue un point d'appui important à consolider.

Piste 3 – Rendre l'action de santé publique visible et mobilisatrice

De nombreuses actions existent sur le territoire, mais leur visibilité, leur articulation et leur lisibilité peuvent être améliorées.

Les habitants expriment un besoin de repères concrets, d'informations accessibles et de valorisation des ressources locales en santé.

Une meilleure structuration de la communication peut favoriser l'appropriation des actions par les habitants comme par les acteurs.

Piste 4 – Adapter l'action collective aux spécificités des territoires et des publics

Les réalités de santé varient selon les contextes (quartiers prioritaires, ruralité, ville-centre et première couronne) et selon les profils de population.

Les jeunes, les personnes en situation de précarité ou de handicap, les aidants ou les seniors rencontrent des difficultés spécifiques.

Une approche territorialisée et différenciée des actions permettrait de mieux répondre à ces besoins diversifiés.

Piste 5 – Renforcer l'accès aux soins de proximité et la coordination entre acteurs

L'accès aux soins reste un enjeu important, en particulier dans certains secteurs géographiques ou pour les publics fragiles.

Les parcours de soins apparaissent parfois discontinus ou mal articulés.

Les initiatives locales engagées pour améliorer l'offre de soins et la coordination (professionnels de santé, établissements, collectivités) pourront nourrir les réflexions à venir dans le cadre du CLS.