



CONTRAT LOCAL DE SANTE

Bourg-en-Bresse - Péronnas - Saint Denis lès Bourg

2025 - 2028



Direction des services départementaux
de l'éducation nationale
de l'Ain



1/ Introduction	3
1.1 Les objectifs des Contrats Locaux de Santé : le cadre national	3
1.2 Trois communes mobilisées sur une même stratégie de santé	3
1.3 Les principes et valeurs du CLS	4
2/ Synthèse du Diagnostic Local de Santé partagé: les points forts, points d'attention et besoins identifiés	5
2.1 Les principaux éléments issus du volet quantitatif	5
2.2 Les principaux éléments issus du volet qualitatif	7
3/ Les objectifs du contrat local de santé	9
3.1 Les enjeux spécifiques du CLS	9
3.2 L'articulation du CLS avec les différentes politiques publiques de santé menées sur le territoire	9
3.3 Le CLS, ses pilotes et ses différents partenaires, acteurs locaux de santé	13
4/ Les axes prioritaires du CLS	18
5/ Cadre du contrat	21
5.1 Périmètre, durée, révision	21
5.2 Instances du CLS	21
5.3 Evaluation	22
5.4 Communication	22
Engagements des signataires	22
Annexes	24

1.1 Les objectifs des Contrats Locaux de Santé : le cadre national

Le Contrat Local de Santé (CLS) est un outil porté conjointement par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et une ou plusieurs collectivités territoriales. Il est l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations. Issu d'un diagnostic partagé, il repose sur une volonté commune d'améliorer durablement l'état de santé de la population, de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et de mobiliser l'ensemble des ressources locales.

Le CLS est l'outil privilégié de mise en œuvre territorial du Projet Régional de Santé (PRS), en tenant compte des spécificités locales.

À l'échelle locale, il s'agit :

- de faciliter les parcours de santé et de soins des habitants, à travers des actions de prévention, d'organisation de l'offre de soins, et d'accompagnement médico-social,
- mais aussi de prendre en compte l'ensemble des déterminants de santé, notamment le logement, l'environnement, l'éducation, l'emploi, la mobilité, et la qualité de vie au quotidien.

Le CLS encourage ainsi une approche globale de la santé, au croisement des politiques publiques, en favorisant la mutualisation des moyens, la synergie des acteurs et la co-construction d'actions locales. Il permet de mettre en œuvre des réponses concrètes et adaptées aux enjeux du territoire, tout en renforçant les dynamiques de collaboration intersectorielle. Il incarne une démarche de proximité fondée sur la concertation et la coordination des acteurs, dans laquelle les collectivités, les professionnels de santé, les partenaires sociaux, le tissu associatif et les habitants eux-mêmes s'engagent collectivement.

1.2 Trois communes mobilisées sur une même stratégie de santé

A la sortie d'une crise sanitaire qui a fragilisé toute la population, en particulier les habitants les plus précaires, et dans le contexte d'un projet de renouvellement et d'élargissement du CLS de Bourg-en-Bresse, les élus des communes de l'unité urbaine, se sont réunis dès 2023 pour partager leurs constats et leurs expériences dans le domaine de la santé.

Ils ont échangé sur leur perception des besoins des habitants sur leur territoire, observant des problématiques de santé à tous les âges de la vie, notamment en santé mentale. Les causes sont diverses, et impactent l'épanouissement de chacun, la vie quotidienne et le lien social.

Face à ces constats, l'accompagnement et l'orientation des habitants vers des professionnels de santé en nombre insuffisant et dont les missions sont en constante évolution, est complexe pour les acteurs de proximité.

Par ailleurs, il est apparu que, dans chaque commune, des actions et des dynamiques favorables à la santé sont déjà en place, notamment dans les structures municipales qui accueillent des enfants et des personnes âgées. Elles peuvent être harmonisées et renforcées, pour répondre de manière adaptée et pérenne aux besoins observés.

Pour préciser et objectiver l'état des lieux de l'état de santé de la population et de l'offre de santé du territoire, un diagnostic local de santé, réalisé à l'échelle de l'unité urbaine, a été réalisé début 2024.

Les 3 communes ont ainsi mesuré l'intérêt d'une échelle intercommunale pour travailler ensemble sur des enjeux transversaux, sur un territoire cohérent en terme de population et de continuité géographique.

Face à la contrainte des ressources limitées, le CLS représente une opportunité de mutualiser les moyens, renforcer les partenariats, et de constituer un réseau d'acteurs permettant une dynamique locale soutenable pour les habitants et les professionnels.

Les communes ont ainsi décidé de s'engager, avec l'Agence Régionale de Santé, dans un CLS, et ont défini ensemble, en fonction de leurs compétences respectives, **une stratégie basée principalement sur la prévention**, pour préserver la santé des habitants en agissant sur **ses déterminants** (cadre de vie, comportements, lien social, ...).

La thématique du développement de l'offre de soins ne fera pas l'objet d'un axe prioritaire du présent contrat. En effet, elle est pilotée par les acteurs compétents, dans le cadre de plans d'actions coordonnés à l'échelle du Département et de l'Agglomération. Les élus des 3 communes, attentifs à ce sujet, sont associés à ces démarches pour les projets qui les concernent. Cependant, pour chaque action de prévention du CLS, l'articulation avec le soin sera prise en compte, dans une **logique de continuité des parcours de santé**, notamment pour répondre à l'enjeu de repérage et de lisibilité de l'offre existante.

Cette stratégie est dirigée vers **tous les habitants** des 3 communes, avec une attention particulière pour ceux fragilisés par l'âge, la maladie et/ou la précarité sociale, dans l'objectif de **réduire les inégalités sociales et territoriales de santé**.

Enfin, les communes s'appuient sur leur **proximité** avec les habitants, leur **connaissance du territoire**, et la **richesse et l'engagement des acteurs locaux**.

Elles sont ainsi en capacité **d'observer, d'ajuster et d'alerter** si besoin.

1.3 Les principes et valeurs du CLS

Les 4 copilotes ont défini ensemble des principes et valeurs communs, qui guident la rédaction et la mise en œuvre du présent CLS.

Objectifs généraux

- Préserver la santé globale des habitants
- Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé en fonction des besoins observés

Objectifs de la démarche

- Mobiliser et permettre une synergie des acteurs locaux
- Optimiser/mutualiser les moyens
- Développer le réseau, l'interconnaissance des acteurs sur le territoire du CLS

Principes conducteurs de l'élaboration et de l'action

- Respecter les compétences de chacun, ses contraintes
- Ne pas se substituer à d'autres acteurs ni empiler les démarches/dispositifs, mais coopérer, articuler.
- Limiter le nombre d'axes et d'actions ; prioriser les thématiques et les publics
- Privilégier les actions simples et concrètes ; les enrichir ensuite en fonction des besoins, des opportunités, des ressources.
- Se laisser la possibilité d'agréger des fiches-actions au cours du CLS, sur décision du comité de pilotage.

2/ Synthèse du Diagnostic Local de Santé partagé : les points forts, points d'attention et besoins identifiés

Le Diagnostic Local de Santé (DLS) a été effectué à l'échelle de l'unité urbaine comprenant 4 communes : Bourg-en-Bresse, Péronnas, Viriat, Saint Denis lès Bourg.
Seuls les éléments concernant les 3 communes engagées dans le CLS sont présentés.

Diagnostic local de santé

2.1 Les principaux éléments issus du volet quantitatif

2.1.1 Contexte socio-démographique

Globalement, un territoire avec une population vieillissante, moins favorisée qu'en région (surreprésentation des habitants sans diplôme, des catégories socio-professionnelles les moins favorisées - ouvriers et employés), mais **comparable à d'autres villes de la région**.

3 communes urbaines avec un profil socio-démographique diversifié :

- Bourg-en-Bresse : indicateurs de précarité plus marqués dans les deux Quartiers en Politique de la Ville (QPV) Croix-Blanche et Grande Reyssouze-Terre des Fleurs.
- Péronnas : surreprésentation des personnes âgées de 65 ans et plus, niveau socio-économique intermédiaire.
- Saint Denis lès Bourg : commune avec un dynamisme démographique réel, et une population historiquement plus favorisée qui se rééquilibre progressivement.

Point d'attention : les besoins de santé (soins, prévention) sont plus importants chez les personnes âgées et les personnes en situation de défavorisation sociale.

2.1.2 Offre de soins

Professionnels de santé libéraux : des densités comparables ou supérieures à celles de la région, sauf pour les masseurs-kinésithérapeutes et les psychiatres (densité inférieure).

Médecins généralistes : point de vigilance sur la présence de médecins généralistes libéraux dans les 3 communes du territoire, des fragilités identifiées.

Points d'attention :

- **une part élevée de bénéficiaires du régime général non couverts par un médecin traitant à Bourg-en-Bresse.**
- **inadéquation entre offre et besoins repérés sur le territoire**, notamment pour la population vieillissante ou âgée ainsi que pour les personnes en défavorisation sociale, ou les personnes atteintes de pathologies chroniques.

2.1.3 Recours aux soins, à la prévention

Recours aux professionnels de santé libéraux :

- **Taux de recours aux professionnels de santé libéraux plus faibles à Bourg-en-Bresse que dans la région.**
- Dans les autres communes, un recours comparable à celui observé en région.

Séjours hospitaliers : taux de séjours hospitaliers comparables aux taux départemental et régional dans les 3 communes.

Recours à la prévention variable selon la commune :

- **Programme de prévention bucco-dentaire M'T Dents** : taux de participation au dépistage plus faible qu'en région, sauf à Saint Denis lès Bourg.
- **Dépistage organisé du cancer du sein** : un taux comparable au taux régional mais plus faible à Bourg-en-Bresse.

Point d'attention : les taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein restent en deçà de l'objectif européen de 70% des femmes éligibles.

2.1.4 État de santé

Mortalité générale comparable au département et à la région dans les 3 communes du territoire mais une **surmortalité prématurée** (avant 65 ans) repérée à **Bourg-en-Bresse par rapport à la région (x 1,4)**.

Morbidité :

- **Prévalence des Affections de Longue Durée (ALD)** supérieure à Bourg-en-Bresse mais comparable à la région pour les autres communes.
- **Hospitalisations** : taux de patients hospitalisés comparable au taux régional dans les 3 communes.

Point de vigilance sur certaines problématiques de santé :

- **Le diabète** : importance de cette pathologie à Bourg-en-Bresse, dans les deux QPV : taux de bénéficiaires d'ALD pour diabète et de patients sous traitements réguliers d'antidiabétiques supérieurs aux taux régionaux. Le taux d'hospitalisation pour diabète inférieur au taux régional pose question : retards/difficultés de prise en charge ou bonne prise en charge permettant de réduire les besoins d'hospitalisation ?
- **La santé mentale** : des difficultés marquées à Bourg-en-Bresse et dans les QPV : un taux d'ALD pour maladies psychiatriques 2,7 fois supérieur à la région. Taux d'hospitalisations pour tentative de suicide et pour pathologies liées à l'alcool, taux de recours aux prises en charge en psychiatrie supérieurs aux taux régionaux. Consommations de psychotropes supérieures par rapport à la région.

Un état de santé globalement moins favorable à Bourg-en-Bresse comparé au département et à la région, tout particulièrement dans les **Quartiers en Politique de la Ville**. **Un état de santé dans la moyenne régionale à Péronnas et Saint Denis lès Bourg.**

2.1.5 Santé environnement

Air extérieur : les valeurs d'expositions des communes aux PM 2,5 sont supérieures aux valeurs recommandées par l'OMS (2021), mais proches des recommandations pour le NO₂. La part de la population potentiellement allergique à l'ambrosie est proche de la valeur régionale (10 %).

Déplacements : l'utilisation de la voiture pour les déplacements domicile-travail est prépondérante. Sur Bourg-en-Bresse, la part de la marche, et de l'utilisation de transport en commun est plus élevée que dans les deux autres communes.

2.2 Les principaux éléments issus du volet qualitatif

2.2.1 Cadre de vie

Espaces verts, un facteur de santé mentale et physique : diversifiés et bien présents sur le territoire, souvent appréciés, mais **aussi parfois sous-utilisés** par méconnaissance ou du fait de difficultés d'accès en transports en commun.

Une grande richesse de ressources de lien social : un tissu associatif dynamique et un bon maillage du territoire. Mais attention aux publics vulnérables et isolés.

Espèces nuisibles : attention aux moustiques-tigres (piqûres, stress, repli sur domicile).

Mobilités : modes « doux / actifs » en progression grâce à des leviers de facilitation de la pratique de la marche et du vélo, mais :

- Attention aux personnes âgées ou concernées par une maladie chronique : les déplacements vers les ressources de soins peuvent être difficiles.
- La marche à pied : des bénéfices méconnus par certains et encore des parcours de marche difficiles en ville, pour les publics âgés ou avec des fragilités de santé.

2.2.2 Soin et prévention

Des ressources de prévention et de soins structurantes et saluées ; une grande richesse des dispositifs d'accès aux droits en santé et aux soins pour les publics en précarité : Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, Maison Médicale de Garde, Centre Psychothérapique de l'Ain, PMI, Centre de Santé Sexuelle, CSAPA, CAARUD, Centre d'Examens de Santé de la CPAM, Maison des Adolescents, PAEJ, Médiation santé, DAC, ...

Mais de grandes difficultés d'accès aux soins pour une partie des habitants sans médecin traitant notamment si besoin d'un suivi régulier (risque accru de retard de recours aux soins, d'aggravation des problèmes de santé, de perte de chance, ...).

Des manques sont observés sur certaines spécialités médicales et paramédicales (psychiatres, orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes).

Santé mentale : difficultés d'accès aux psychologues pour les publics modestes ou précaires. Le Conseil Local de Santé Mentale : une ressource saluée d'interconnaissance, de coordination d'actions, de partenariat et de déstigmatisation de la santé mentale.

Des actions déjà mise en œuvre pour attirer des médecins sur le territoire. Des dispositifs de coordination pour faciliter la mise en réseau et la coopération entre acteurs de santé, très appréciés et utilisés.

2.2.3 Enfants (0-11 ans)

Globalement un bon état de santé, **mais attention à la saturation des ressources de prévention (PMI) et au manque de médecins traitants pour le suivi des enfants**. Difficultés accrues en cas de problématiques de santé spécifiques et pour les familles en précarité.

Petite enfance : attention aux difficultés/retards de langage, à l'isolement de certains parents.

Surconsommation d'écrans : déjà chez les tout-petits. Des parents souvent démunis.

Surpoids et obésité : de nombreuses ressources de prises en charge et des actions déjà menées, mais encore des besoins importants en matière de lutte contre la sédentarité, de développement de l'activité physique, d'éducation nutritionnelle.

Etat de santé bucco-dentaire dégradé chez une partie des enfants et un accès aux soins très difficile.

Santé mentale : des ressources de soin saluées mais saturées (délais en pédopsychiatrie). Importance de la prévention à soutenir.

Enfants en situation de handicap : des ressources saluées, une bonne articulation des acteurs, mais des parcours de prise en charge, de scolarisation, d'accès aux loisirs qui restent très difficiles pour une partie de ces enfants.

2.2.4 Adolescents et jeunes (11-25 ans)

Des points de vigilance sur la consommation d'écrans, la sédentarité, le manque de sommeil.

Activité physique et sport : richesse de l'offre mais attention à l'adaptation aux attentes, et à la possible méconnaissance de certaines ressources ou à l'autocensure (filles).

Santé sexuelle : des ressources bien repérées et bien utilisées, mais des besoins identifiés en matière de prévention (consentement, agressions, ...).

Santé mentale : de nombreuses ressources, mais point de vigilance sur les jeunes en souffrance psychique (augmentation globale depuis la crise Covid, et attention particulière aux jeunes vulnérables, en précarité, déscolarisés) :

- Anxiété, phobies scolaires, sociales, passages à l'acte, ...
- Consommations de substances psychoactives chroniques et banalisées chez certains.
- Besoin de destigmatiser le recours aux soins psychiques et soutenir la prévention, dès le plus jeune âge.

2.2.5 Adultes

Violences faites aux femmes : impacts délétères sur la santé physique et mentale encore méconnus par certaines femmes. Plusieurs ressources d'aide sur le territoire, mais encore des besoins importants d'aide et de sensibilisation des femmes.

Publics en situation de précarité : des difficultés d'accès aux droits, aux soins mais aussi un risque de précarité alimentaire et d'isolement social. Attention aux publics en très grande précarité (SDF, migrants : difficultés de santé majorées).

Santé mentale : une grande richesse de ressources, mais de forts besoins identifiés

Point d'attention sur les personnes ayant des troubles psychiques : difficultés d'accès aux soins somatiques, difficultés d'accès et de maintien dans un logement, forts enjeux d'insertion, de lien social.

2.2.6 Personnes âgées

Richesse de ressources locales pour le « bien vieillir », mais une intensification des problématiques d'isolement, des repérages tardifs de personnes isolées et fragiles. Un besoin de développer l'aide aux aidants naturels.

Des difficultés d'accès aux soins pour certains, par manque de médecins traitants et la rareté de certaines spécialités (gériatres, ...), parfois absence de complémentaire santé, et besoin d'aide pour s'orienter dans le parcours/ressources de soins.

Maintien à domicile et sorties d'hospitalisation : de nombreuses ressources d'aide sur le territoire, mais des conditions de retour à domicile pas toujours sécurisées.

Attention aux difficultés de mobilité des personnes âgées non véhiculées : obstacle au lien social, aux loisirs et aux soins (refus des taxis et VSL sur de courtes distances).

Santé mentale et vieillissement : une grande richesse de ressources localement, encore de l'information à diffuser auprès des professionnels et du grand public.

3.1 Les enjeux spécifiques du CLS

Compte-tenu des éléments mis à jour dans le diagnostic partagé, les trois communes ont pour objectif commun d'œuvrer à :

- Promouvoir un cadre de vie favorable à une bonne santé
- Améliorer l'accès à la prévention et soutenir les comportements favorables à la santé
- Préserver et améliorer la santé mentale
- Favoriser les partenariats locaux interprofessionnels, autour des enjeux de santé

3.2 L'articulation du CLS avec les différentes politiques publiques de santé menées sur le territoire

Compte-tenu de ces enjeux transversaux, et de principes énoncés à l'article 1.3, le CLS s'articulera localement avec différentes politiques publiques favorables à la santé des habitants :

3.2.1 : Le maintien et le développement de l'offre de soins

L'accès aux soins est un enjeu majeur de santé publique, particulièrement dans notre territoire où la raréfaction des professionnels de santé fragilise l'offre de soins de proximité. Le renforcement de l'offre de soins constitue une priorité, avec pour objectif de garantir un accès équitable, coordonné et de proximité à tous les habitants.

Conscients des tensions croissantes en matière de démographie médicale, les partenaires du CLS ont fait le choix stratégique de ne pas inscrire cette thématique dans le plan d'action local, estimant que les enjeux d'attractivité et d'installation des professionnels de santé font déjà l'objet de démarches spécifiques et coordonnées dans d'autres cadres institutionnels :

[Le Projet Régional de Santé \(PRS\) Auvergne-Rhône-Alpes \(2018–2028\)](#)

Le PRS prévoit le soutien à l'installation des professionnels de santé dans les zones sous-dotées via des incitations financières et un zonage spécifique (ZIP, ZAC), le développement de l'exercice coordonné à travers les MSP, CPTS et centres de santé, et le renforcement de la télémedecine pour pallier l'éloignement géographique. Il encourage également la modernisation de l'offre hospitalière et la promotion de solutions innovantes, comme les consultations avancées ou la télésurveillance, dans une logique de complémentarité ville-hôpital. La délégation départementale de l'Ain joue un rôle central de proximité, d'animation et de coordination, en veillant à l'adaptation des priorités du PRS aux réalités locales et en accompagnant les dynamiques territoriales de santé. [Accueil | Portail d'accompagnement des professionnels de santé Auvergne-Rhône-Alpes](#)

[Plan d'actions pour la démographie médicale du Département de l'Ain \(2021-2028\)](#)

Ce plan s'appuie sur plusieurs mesures concrètes pour attirer et maintenir des professionnels de santé sur le territoire, avec une attention particulière aux zones les plus fragiles. Il propose des aides à l'installation, met à disposition des logements ou des cabinets relais, et crée des postes salariés dans les zones les plus en difficulté. Pour attirer les jeunes professionnels, le Département encourage les stages en milieu rural, les séjours d'immersion pour les internes et mène une campagne de valorisation du territoire via la plateforme <https://pros-sante.ain.fr/>
[La démographie médicale : priorité du mandat 2021-2028 | site du Département de l'Ain](#)

[Plan d'actions pour la démographie médicale de Grand Bourg Agglomération \(2022-2026\) :](#)

Complémentaire à celui du département, ce plan vise à offrir un cadre d'exercice attractif et à garantir un accès équitable aux soins pour les habitants. Il comprend la création d'équipements

structurants, comme le Pôle santé Édouard-Herriot, le déploiement de cabines de téléconsultation dans les communes rurales, ainsi que des aides à l'installation ou à la location de locaux pour les praticiens. L'Agglomération accompagne également tous les porteurs de projets pouvant permettre le développement de l'offre de soins et appuie les dynamiques d'exercice coordonné. Pour favoriser l'attractivité du territoire, elle mène une politique active de promotion à destination des jeunes professionnels, en lien avec les partenaires institutionnels. Enfin, elle est une porte d'entrée à tout professionnel de santé cherchant des réponses liées à son installation tant professionnelle que personnelle sur le territoire. [Santé - Grand Bourg](#)

Dispositifs conventionnels incitatifs de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Ain

Dans le cadre de la convention médicale nationale, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Ain met en œuvre plusieurs dispositifs pour favoriser l'installation et le maintien des professionnels de santé. Parmi eux, le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM) et les aides à l'activité pour les jeunes praticiens ou les temps partiels permettent de sécuriser les débuts d'exercice, notamment en zones sous-dotées. Pour renforcer l'efficacité de l'offre de soins, la CPAM soutient également le recrutement d'assistants médicaux et accompagne le déploiement des infirmiers en pratique avancée (IPA), afin de libérer du temps médical et améliorer la prise en charge des patients au sein des équipes de soins. www.ameli.fr/ain

3.2.2 Le Projet Régional de Santé (PRS) Auvergne-Rhône-Alpes (2018–2028)

Le Projet Régional de Santé (PRS) Auvergne-Rhône-Alpes, définit la stratégie régionale en matière de santé pour dix ans, avec des priorités opérationnelles déclinées sur cinq ans. Il vise à améliorer l'état de santé de la population, réduire les inégalités sociales et territoriales, structurer les parcours de soins et renforcer la prévention.

Le PRS repose sur trois volets : le Cadre d'Orientation Stratégique (COS), le Schéma Régional de Santé (SRS) et le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) pour les publics les plus vulnérables.

Organisé autour de grands axes (prévention, réduction des inégalités, coordination des parcours, transformation de l'offre), le PRS se décline sur les territoires dans une logique de territorialisation des politiques de santé. Il encourage la concertation entre usagers, professionnels et élus pour adapter les réponses aux réalités locales. Ce projet est un levier majeur pour structurer un système de santé plus accessible, solidaire et efficace en Auvergne-Rhône-Alpes. [Le PRS Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028](#)

3.2.3 Le Plan Régional en Santé Environnement 4 (2024-2028)

Ce plan répond aux préoccupations croissantes sur les liens entre santé et environnement en proposant un cadre d'action concret pour les citoyens, les professionnels et les collectivités. Il encourage une mobilisation collective pour prévenir les risques sanitaires dans une approche « **Une seule santé** », qui relie la santé humaine, animale, végétale et celle des écosystèmes. Il s'organise autour de trois priorités : développer les connaissances et sensibiliser, réduire les expositions aux pollutions ou dangers environnementaux, et mobiliser les territoires pour intégrer la santé-environnement dans leurs politiques locales et à intégrer la santé dans leurs projets de développement et d'aménagement [PRSE 4 2024-2028 pour l'Auvergne-Rhône-Alpes](#)

3.2.4 Le plan départemental de mobilisation contre les conduites addictives (2024 – 2027)

Ce plan vise à structurer l'action publique locale face aux enjeux liés aux usages de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis, ...), aux addictions sans produit (jeux, écrans) et aux vulnérabilités associées. Il s'appuie sur une stratégie en quatre axes : agir sur les facteurs d'entrée dans les usages, réduire les risques et les dommages, renforcer l'accompagnement et les soins, et structurer la gouvernance territoriale. [Plan départemental de mobilisation contre les conduites addictives 2024-2027.pdf](#)

3.2.5 Le Pacte Local Solidarité (2024 - 2027)

Ce dispositif vise à renforcer la coordination des acteurs locaux pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion, en mettant l'accent sur des actions concrètes et ciblées. Les priorités identifiées incluent la prévention de la pauvreté dès l'enfance, l'accès à l'emploi pour tous, la lutte contre la grande exclusion par l'accès aux droits, et la construction d'une transition écologique et solidaire.

3.2.6 Démarche Ecole promotrice de santé : plan départemental CPS (2023-2037)

La DSDEN de l'Ain s'est emparée de l'instruction interministérielle du 19 août 2022 relative à la stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociale chez les enfants et les jeunes 2022-2037. Elle propose aux équipes enseignantes des modules de formation et un accompagnement sur ce thème. Des séances « empathie » sont mises en œuvre dans les classes avec la mise à disposition de « 3 kits empathie ». L'action « A fond les CPS » qui concerne les élèves du CM1 à la 6^{ème} est déployée selon une programmation pluriannuelle, le territoire du CLS étant concerné. eduscol.education.fr

3.2.7 Démarche Ecole promotrice de santé : 30 minutes d'activités physiques quotidiennes (APQ) à l'école primaire (2022)

L'activité physique quotidienne est encouragée dans l'ensemble des espaces et temps scolaires et périscolaires. Développer une activité physique quotidienne répond avant tout à des enjeux de santé publique et de bien-être. Ce projet est ainsi distinct et complémentaire des trois heures hebdomadaires d'EPS, discipline d'enseignement obligatoire, qui participent de l'éducation à la santé. Le déploiement de cette mesure vise à susciter un mouvement d'adhésion autour d'un objectif partagé au service du bien-être des élèves et de leur santé, et au bénéfice de leurs apprentissages. education.gouv.fr

3.2.8 Les plans du Conseil Départemental de l'Ain

Le Département de l'Ain, chef de file des politiques sociales, s'engage au quotidien à prendre en compte la santé afin de lutter contre les inégalités sociales sur le territoire : l'enjeu de la santé est un axe transversal d'intervention. Cette volonté s'inscrit dans différents programmes d'actions :

Le plan handicap 01

A travers son plan Handicap 2024-2029, le Département s'engage pour répondre au plus près des besoins des personnes en situation de handicap et de leur entourage. Les enjeux de l'habitat et du logement, de la santé et du vieillissement, de l'insertion socio-professionnelle, de l'enfance et la jeunesse, de la culture et des loisirs sont déclinés à travers de nombreuses actions : une feuille de route pour favoriser l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap.

Le plan seniors 01

Logement, vie quotidienne... : parce que notre société doit s'adapter au vieillissement de la population et que chacun, dans sa famille, aspire à bien vieillir, ensemble, le plus longtemps possible, le Département a élaboré, un ensemble de mesures d'accompagnement humain et technique, regroupées dans un nouveau "Plan Seniors 01 - 2023-2028".

Le plan enfance 01

Le Département mène une politique volontariste en faveur des familles aindinoises. Avec le « Plan Enfance 01 », le Département fait de la prévention un axe fort de sa politique via, entre autres, l'intervention des services de la Protection Maternelle et Infantile, et des Centres de Santé Sexuelle.

Le volet santé est également très présent dans le "**Plan insertion 01**", plan qui définit la politique départementale d'accompagnement social et professionnel des bénéficiaires du RSA. La **démographie médicale** est par ailleurs une priorité du mandat 2021-2028.

Plans téléchargeables sur le site : <https://www.ain.fr/>

3.2.9 Le Projet Territorial de Santé Mentale (2021-2025)

Le PTSM a pour ambition de renforcer l'organisation de la santé mentale sur l'ensemble du département, en facilitant l'accès à des parcours de soins plus lisibles, coordonnés et adaptés aux besoins de la population. Il repose sur une démarche partagée réunissant professionnels, institutions, élus, associations, usagers, citoyens et aidants. Il structure des actions concrètes autour de la prévention, du repérage précoce, des soins, de l'accompagnement médico-social et de la réinsertion, tout en veillant à améliorer la continuité des parcours. Dans l'Ain, ce projet est déployé par la Coordination Santé Mentale 01, porté par le Centre Psychothérapique de l'Ain (association ORSAC), et s'appuie notamment sur les dynamiques des CLS et CLSM pour renforcer la proximité, la lisibilité et la cohérence des actions sur le territoire. sante-mentale-ain.fr

3.2.10 Le Plan Climat Air Energie Territorial (2023 – 2028)

Le Plan Climat Air Energie Territorial (PCAET) représente la feuille de route de Grand Bourg Agglomération en matière de transition écologique. Il se situe à la croisée d'un ensemble de politiques structurantes avec des impacts climat-air-énergie déterminants, notamment pour la santé. Il dispose en particulier d'une fiche action santé-environnement (qualité eau, qualité air, biodiversité), mais aussi de fiches sur la mobilité ou l'alimentation. Le PCAET deviendra SCOT – AEC d'ici 2026. grandbourg.fr

3.2.11 Le Projet Alimentaire Territorial

Le Projet Alimentaire Territorial de Grand Bourg Agglomération (2020), cherche à accompagner chaque acteur vers la production, la vente et la consommation d'une alimentation locale et de qualité. Ce projet a été construit en collaboration avec plus de 40 structures du territoire représentant les agriculteurs, les cuisiniers, les élus, les industriels, les professionnels de la santé ou de l'éducation. Le but : permettre à chacun de bien s'alimenter car bien manger est l'affaire de tous ! grandbourg.fr

3.2.12 Les Conventions Territoriales Globales

La CTG de Grand Bourg Agglomération (2021 – 2025) et la CTG de Bourg-en-Bresse (2023 – 2026), signées entre les collectivités et la CAF, abordent notamment les axes suivants : petite enfance, enfance-jeunesse, animation de la vie sociale et accès aux droits.

3.2.13 Le Conseil Intercommunal de Sécurité et Prévention de la Délinquance

La stratégie locale de sécurité et de prévention de la délinquance signées entre les collectivités (Bourg-en-Bresse, Péronnas, Saint Denis lès Bourg, Viriat), les services de l'Etat dans l'Ain et le Parquet de Bourg-en-Bresse est le cadre de concertation sur les priorités de lutte contre l'insécurité et la prévention de la délinquance dans les 4 communes.

La feuille de route 2021 – 2024 se décline en 5 axes :

- Préserver la tranquillité publique et répondre aux problématiques d'insécurité
- Jeunes et parentalité
- Aller vers les personnes vulnérables et mieux les accompagner
- Citoyenneté et nouvelles technologies
- Gouvernance locale renouvelée et efficace

3.2.14 Le Contrat de Ville (2024 – 2030)

La Politique de la Ville vise à revaloriser les zones urbaines en difficulté et à réduire les inégalités entre les territoires. Elle est mise en œuvre par le Contrat de Ville conclu entre l'Etat, Grand Bourg Agglomération et ses partenaires : Ville de Bourg-en-Bresse, Département de l'Ain, Caisse d'Allocations Familiales de l'Ain. Les quartiers concernés sont sur le territoire de Bourg-en-Bresse : Croix-Blanche, Reyssouze, Pont des Chèvres et Terre des Fleurs. Les axes du contrat de ville : la cohésion sociale, la vie de quartier, l'insertion, la formation et l'emploi, l'accès à, et les âges de la vie. La santé est un sujet transversal et qui bénéficie d'un dispositif dédié : l'Atelier Santé Ville. Les partenaires du contrat de ville invitent les acteurs du territoire à proposer des projets rentrant dans le cadre des objectifs annuels. grandbourg.fr

3.3 Le CLS, ses pilotes et ses différents partenaires, acteurs locaux de santé

3.3.1 Les copilotes

Les **4 copilotes** inscrivent le CLS dans une politique globale favorable à la santé sur leur territoire d'intervention :

La Commune de Bourg-en-Bresse conduit depuis de nombreuses années une politique volontariste de promotion de la santé, concrétisée notamment par la signature de 2 contrats locaux de santé successifs, la mise en place et le pilotage d'un Conseil Local en Santé Mentale, le portage du dispositif Atelier Santé Ville et d'une mission de médiation en santé.

Adhérente du réseau Français des Villes Santé de l'OMS, elle soutient la vision globale « une seule santé », et sa prise en compte dans toutes les politiques municipales.

Ainsi, à travers l'axe prioritaire du mandat concernant la Transition Ecologique, elle conduit des programmes favorables à un cadre de vie sain : développement de la nature en ville, plan cyclable, plan piéton.

Le projet transversal « Naitre et bien grandir à Bourg » est également le support d'actions auprès des enfants et des parents : bien grandir avec les écrans, santé bucco-dentaire, espaces sans tabac.

Les politiques municipales sociales (territoire zéro non recours, mutuelle communale, animation de la vie sociale, prévention seniors, accessibilité/handicap), culturelles et sportives sont également des leviers privilégiés pour agir en faveur de la santé des burgiens.

Enfin, attentive aux difficultés d'accès aux soins de la population, la Ville de Bourg-en-Bresse participe activement aux projets qui visent à faciliter l'implantation de nouveaux professionnels de santé, et à soutenir ceux qui exercent déjà sur le territoire.

Dans la continuité de ces orientations, la municipalité a la volonté de s'engager dans un nouveau CLS, sur un territoire élargi, avec pour ambition d'enrichir les réflexions et de multiplier les actions au plus près des besoins de la population.

La Commune de Péronnas déploie une politique ambitieuse et inclusive, plaçant la santé, le sport et le lien social au cœur de ses actions. Son engagement se traduit par plusieurs initiatives fortes.

- Accès aux soins : la municipalité mène une démarche proactive pour attirer des professionnels de santé, qu'ils soient médicaux ou paramédicaux, en aménageant un pôle santé adapté à leurs besoins.

- Bien-être des aînés : Engagée dans une politique intergénérationnelle, la commune favorise le lien social et soutient activement les actions du centre social l'Agora et de la collectivité, encourageant rencontres et échanges au sein des familles mais également au sein des activités de l'association « Les amis de la Rotonde ». Pour prévenir la perte d'autonomie elle accompagne les services dédiés, permettant le maintien dans un domicile sécurisé et adapté. Le CCAS joue un rôle clé en finançant des aides à la téléassistance à domicile, le portage de repas.

- Activités physiques, sport et santé : la commune de Péronnas encourage les déplacements piétons et cyclistes grâce à des aménagements spécifiques facilitant leur usage et permettant des activités physiques au quotidien. La promotion du sport constitue un axe majeur de la politique municipale.

- Accès à la nature : la commune veille à améliorer l'accessibilité aux espaces naturels pour tous, notamment la forêt de Seillon, véritable poumon vert de la commune, permettant à chacun de profiter des bienfaits qu'offre l'environnement. La mise en place d'une charte de l'arbre vise à informer, préserver et encourager la création d'îlots de fraîcheur sur la commune, contribuant ainsi au bien-être physique et psychologique des habitants.

- Enfance et parentalité : une attention particulière est portée aux familles, avec une offre diversifiée de modes d'accueil, et le développement d'activités éducatives propices à l'épanouissement des enfants. L'action « Pour nos mômes » ainsi que la mise en place d'espaces sans tabac devant les écoles illustre parfaitement cette volonté municipale d'accompagner la parentalité.

À travers cette approche dynamique, la commune de Péronnas affirme son engagement en faveur d'une vie collective harmonieuse et solidaire contribuant activement à la santé de ses habitants. La mise en place d'un contrat local de santé à l'échelle de l'Unité Urbaine permettra de compléter l'ensemble de ses actions en lien avec les partenaires.

La Commune de Saint Denis lès Bourg

Alors que la santé est une compétence départementale, la commune de Saint Denis lès Bourg ne pouvait assister impuissante aux difficultés quotidiennes de ses habitants pour se faire soigner. Compte tenu des tensions actuelles sur la démographie médicale, la santé est un enjeu politique fort pour la commune. Dans le respect de son périmètre d'intervention, elle a une volonté affichée d'agir pour promouvoir toutes les démarches en matière de prévention et d'accès à la santé.

Saint Denis lès Bourg s'est d'ores et déjà impliquée sur différents sujets : accueil de professionnels dans les domaines de la santé et du médico-social, création d'espaces sans tabac, conférences et actions de prévention dès le plus jeune âge jusqu'aux seniors, soutien des actions menées par les écoles en matière de nutrition, incitation à la mobilité active constituent quelques-unes des actions menées ces dernières années.

Pour autant, parfaitement consciente que ces démarches ne porteront leur fruit que dans un travail de longue haleine, Saint Denis lès Bourg a eu, dès les conclusions du diagnostic local de santé, la volonté de s'inscrire dans un Contrat Local de Santé au côté de Bourg-en-Bresse et de Péronnas.

En tant que commune de l'unité urbaine de Bourg-en-Bresse centralisant les établissements de santé les plus importants, il nous paraît indispensable de développer une coopération entre nos communes et de continuer à fédérer les actions des acteurs et partenaires impliqués dans les domaines de la santé, de la santé mentale et de la santé environnementale. A travers ce Contrat Local de Santé, la commune s'appuiera sur leurs compétences et expériences pour continuer dans les prochaines années à mettre en œuvre des actions concrètes à destination du plus grand nombre. Prévenir plutôt que guérir est un pilier sur lequel Saint Denis lès Bourg compte s'appuyer pour agir à notre niveau en faveur de la santé et de la qualité de vie de ses habitants.

L'Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône-Alpes porte une ambition forte : faire vivre les politiques de santé au plus près des territoires. Le Contrat Local de Santé (CLS) est un des outils qui permet de décliner concrètement les priorités du Projet Régional de Santé, en tenant compte des réalités locales et des besoins exprimés par les habitants. En s'engageant dans cette démarche aux côtés des collectivités, l'ARS soutient une approche collective de la santé, qui rassemble les professionnels, les institutions, les associations, les élus et les usagers autour d'actions partagées. Le CLS permet de mieux coordonner les initiatives existantes, de structurer des réponses concrètes et d'agir sur des enjeux majeurs : prévention, accès aux soins, santé mentale, accompagnement des publics en situation de fragilité. À travers sa participation à ce contrat, l'ARS contribue à renforcer l'efficacité et la cohérence des actions menées sur le territoire, avec l'objectif commun d'améliorer durablement la santé de la population.

3.3.2 Les cosignataires

Le CLS a pour vocation de s'inscrire dans le partenariat local et de le soutenir ou de contribuer à son renforcement. Ainsi, les acteurs porteurs de politiques publiques en lien avec les enjeux prioritaires identifiés par les 3 communes, ont été invités à signer le CLS.

Les Services de l'Etat dans l'Ain

Les services de l'Etat dans l'Ain s'associent au Contrat Local de Santé en tant qu'acteurs de la cohésion sociale et garants de la mise en œuvre des politiques publiques sur le territoire. Engagés dans la lutte contre les inégalités et la prévention des vulnérabilités, ils soutiennent les actions qui favorisent l'accès aux droits, la santé des plus fragiles et le renforcement du lien social. Le CLS permet de coordonner les initiatives locales autour de ces enjeux, en favorisant la complémentarité entre acteurs de la santé, du social, de l'éducation, de la sécurité ou encore de l'insertion. La Préfète veille également à l'articulation du CLS avec les politiques qu'elle porte ou accompagne, telles que le Pacte des solidarités, les stratégies de prévention des conduites addictives, les contrats de ville ou encore les plans territoriaux de sécurité et de prévention de la délinquance. En participant à cette démarche partenariale, elle affirme son engagement pour une action collective au service de la santé et du bien-être de tous les habitants du territoire.

L'Education Nationale

L'Education nationale a inscrit en 2016 le Parcours éducatif de santé dans les quatre parcours éducatifs obligatoires. A partir de 2025, ces derniers s'enrichissent de trois nouvelles entrées, dont le Parcours d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle, en articulation directe avec le Parcours éducatif de santé. De la maternelle au lycée, le Parcours éducatif de santé vise à assurer l'éducation à la santé, la prévention et la protection de la santé des élèves ; il prend en compte l'environnement des enfants et l'articulation entre leurs différents temps de vie. Les actions d'éducation à la santé et de promotion de la santé peuvent se traduire par une labellisation École promotrice de santé. La convention signée en 2016 entre les ministères en charge de l'Éducation nationale et de la Santé, ainsi que le plan Bien-être et santé des jeunes renforcent les collaborations territoriales et le cadre dans lequel les besoins des élèves en matière de santé et de bien-être sont pris en compte.

Le Département de l'Ain

Dans un contexte social :

- où 15% des Aindinois n'ont pas de médecin traitant,
- où les inégalités de santé concernent toute la population, et plus intensément les publics vulnérables,
- où les problématiques peuvent apparaître dès le plus jeune âge,

le Département de l'Ain est un partenaire privilégié dans la mise en œuvre de mesures favorisant l'accès aux soins et l'égalité des chances.

Dans ce cadre, le travail partenarial, local, doit s'organiser, afin de penser avec tous les acteurs signataires, une démarche qui s'inscrit dans la durée. L'échelle de la proximité est par ailleurs essentielle pour améliorer les parcours de soin, et rendre plus lisible l'offre existante sur un territoire.

A travers son Projet Social de Territoire, son soutien à l'animation de la vie sociale, aux actions du contrat de ville, son engagement auprès des publics les plus fragilisés, le Département contribuera activement au plan d'action du Contrat Local de Santé dont les objectifs ont été rappelés : « *réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et mettre en œuvre des solutions pour une offre de santé (soin et prévention) de proximité* ».

Dans la continuité et en complémentarité des plans pilotés par la collectivité (Plans Séniors, Plan Handicap, Plan Enfance, Plan Insertion), le Contrat Local de Santé permettra de déployer des actions au plus près des besoins des habitants : des enfants, des personnes âgées, des familles, et des jeunes.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Ain

La CPAM de l'Ain apporte son soutien dans la mise en œuvre de certaines actions inscrites au contrat territorial de santé, sur le champ de la prévention et de l'accès aux droits et aux soins, afin de renforcer les effets pour les Aindinois.

Cet engagement est en cohérence avec :

- L'offre de prévention, portée par l'assurance maladie, pour éviter les maladies ou leurs complications (vaccination, dépistage des cancers, hygiène bucco-dentaire, examens de prévention, éducation thérapeutique, ...) et s'engage dans la transition écoresponsable du système de santé.
- La démarche partenariale, initiée avec les collectivités locales, pour informer / former et co-construire des dispositifs d'actions sur le terrain.

Le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse

Acteur de santé de référence sur le territoire, le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse s'inscrit pleinement dans la dynamique du Contrat Local de Santé. Il agit particulièrement dans les domaines du soin, de la prévention et de l'accompagnement, avec une attention particulière portée aux publics les plus vulnérables.

À travers ses services, notamment le Centre de Santé Publique, la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), les services du Pôle mère enfant ou encore le Service d'Accueil des Urgences qui accueille aussi les urgences psychiatriques du territoire. L'établissement contribue à la mise en œuvre d'actions concrètes en lien avec les priorités du territoire notamment en participant au dépistage de différentes pathologies, en développant des programmes d'éducation thérapeutique en propre, en apportant son expertise aux professionnels de santé du territoire grâce à l'UTEP ou en proposant des services adaptés aux personnes âgées (Consultations mémoire de territoire, Plateforme de répit des aidants, Accueil de jour, PASA).

En participant à ce CLS, le Centre Hospitalier réaffirme sa volonté de mieux articuler ses missions avec les acteurs locaux, de renforcer les dynamiques de proximité et de contribuer à une offre de santé plus coordonnée, plus accessible et adaptée aux besoins des habitants.

Informations relatives à l'offre de soins du CHB : [Site internet du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse \(CHB\)](#)

Le Centre Psychothérapique de l'Ain

Le Centre Psychothérapique de l'Ain géré par l'association ORSAC assure sur l'ensemble du département de l'Ain le service de la psychiatrie de secteur pour les enfants, adolescents et adultes ainsi que le service de soins sans consentement en psychiatrie.

Il est un partenaire local impliqué et mobilisé dans le contrat local de santé en vigueur et le sera tout autant dans le présent contrat étendu.

Il dispose sur le territoire Burgien de services d'hospitalisation sur son site historique, six avenue de Marboz, et de services de soins ambulatoires en psychiatrie pour adultes et pour enfants et adolescents.

Le CPA est également porteur du centre SALIBA, centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie relevant du secteur médico-social.

A travers ses activités, le CPA sera l'acteur principal pour le CLS, des thématiques de la santé mentale et l'un des acteurs des conduites addictives.

Informations relatives à l'offre de soin du CPA et aux modalités d'hospitalisations et de soins :

<https://www.cpa01.fr/professionnels/orienter-patient/ou-consulter/>

3.3.3 Les partenaires

Au-delà des cosignataires, de multiples acteurs locaux (institutions, professionnels de santé libéraux ou salariés, associations, mutuelles, établissements médico-sociaux, ...) constituent **le réseau local de santé**, et contribuent activement au plan d'actions du CLS, chacun avec ses compétences et ses moyens.

Par exemple : Grand Bourg Agglomération, la future CPTS du territoire du CLS, Ain Appui, Promotion Santé Ain, Addictions France, la Croix-Rouge, les CCAS, les centres sociaux,

S'il est impossible de tous les citer, il est important de rappeler qu'ils sont essentiels au parcours de santé des habitants. Ils ont été associés au Diagnostic Local de Santé, et à l'élaboration du plan d'actions.

4/ Les axes prioritaires du CLS

Suite au diagnostic local de santé, 4 axes de travail ont été identifiés et priorisés par le comité de pilotage. Ils sont connectés les uns aux autres : la santé mentale notamment est concernée par l'axe cadre de vie (espaces verts, activités physiques) mais aussi dans les axes par public. OS : Objectif Spécifique

Axe 1 : Santé environnement / cadre de vie	
1.1 Développer les espaces verts, faciliter leur découverte et leur accès	<p>OS 1 : Renforcer la présence et la cohérence des espaces verts/cheminements verts du territoire</p> <p>OS 2 : Améliorer l'information des habitants et lever les craintes, réduire les représentations négatives sur certains espaces verts (ex. Forêt de Seillon), notamment en ce qui concerne les animaux, la sécurité</p> <p>OS 3 : Faciliter l'accès des habitants aux espaces verts</p>
1.2 Favoriser l'activité physique au quotidien notamment par les mobilités actives	<p>OS 1 : Permettre aux habitants de mieux connaître et comprendre les bénéfices de l'activité physique pour leur santé, notamment chez les publics précaires/vulnérables</p> <p>OS 2 : Permettre aux habitants de mieux connaître leurs capacités à pratiquer une activité physique</p> <p>OS 3 : Faciliter la pratique d'activités physiques ou sportives par les habitants</p>
1.3 Limiter l'exposition aux espèces animales et végétales à enjeux pour la santé	<p>OS 1 : Informer, mobiliser et former la population sur la présence d'espèces animales et végétales à risques pour la santé humaine : moustique tigre, frelon asiatique, tiques, espèces végétales allergisantes, et sur les bonnes pratiques pour se protéger</p> <p>OS 2 : Renforcer les moyens de lutte contre les espèces animales et végétales à enjeux</p>

Axe 2 : Santé mentale	
2.1 Faciliter l'extension du Conseil Local de Santé Mentale de Bourg-en-Bresse au territoire du CLS	<p>OS 1 : Etendre le CLSM à l'échelle des 3 communes</p> <p>OS 2 : Définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées (promouvoir, prévenir, entretenir, soigner, rétablir)</p> <p>OS 3 : Impulser une dynamique entre les acteurs (élus, professionnels de tous secteurs, psychiatrie, aidants, représentants des usagers et toute personne concernée par la thématique, ...)</p>
2.2 Favoriser l'insertion dans la vie de la cité des personnes concernées par une maladie mentale	<p>OS 1 : Déstigmatiser la maladie mentale auprès de tous les publics à tous les âges</p> <p>OS 2 : Déstigmatiser la maladie mentale auprès des professionnels</p>
2.3 Améliorer l'accès de tous aux différentes ressources de santé mentale	<p>OS 1 : Diffuser les informations concernant les différentes ressources de santé mentale existant sur le territoire, auprès du grand public</p> <p>OS 2 : Diffuser les informations concernant les différentes ressources de santé mentale existant sur le territoire, auprès des professionnels</p>
2.4 Savoir repérer le mal-être, savoir aider et orienter les personnes concernées vers les ressources appropriées	<p>OS 1 : Permettre aux professionnels de mieux repérer/reconnaître les différents signes du mal-être, de la souffrance psychique et leur permettre d'être mieux outillés pour aider et orienter les personnes concernées par un mal-être/une souffrance psychique</p>
2.5 Mieux prendre en charge les personnes en souffrance psychique, les situations complexes ou de crise	<p>OS 1 : Développer les « savoir agir » des professionnels pour qu'ils puissent mieux faire face/prendre en charge les situations de crise, les situations complexes en matière de santé mentale</p>

Axe 3 Prévention : santé des enfants	
3.1 Favoriser le bien-être /santé mentale des enfants par le renforcement des compétences psychosociales (CPS)	<p>OS 1 : Former les professionnels travaillant au contact des enfants et de leurs familles à l'importance des CPS pour le bon développement de l'enfant et la prévention du mal-être/souffrance psychique</p> <p>OS 2 : Promouvoir la santé mentale des enfants, notamment en sensibilisant les parents/familles à l'importance des CPS.</p>
3.2 Prévenir les conduites à risques notamment liées aux écrans, aux substances psychoactives	<p>OS 1 : Sensibiliser/informer les parents et les enfants à la prévention des conduites à risques, particulièrement en matière de surconsommation/mésusage des écrans</p> <p>OS 2 : Favoriser les changements de comportements chez les parents pour prévenir les conduites à risques de leurs enfants</p>
3.3 Développer le repérage et l'orientation des jeunes enfants présentant des troubles du développement / retards de langage / souffrance psychique	<p>OS 1 : Outiller les professionnels et les parents sur le repérage précoce des difficultés de développement chez les jeunes enfants/enfants, et la mise en place d'un parcours de prise en charge</p> <p>OS 2 : Aider les enfants en début de parcours de soins, en cas de délais importants de prise en charge</p>
3.4 Promouvoir l'activité physique et l'équilibre alimentaire chez les enfants	<p>OS 1 : Former/outiller les professionnels accueillant des enfants pour les aider à promouvoir l'équilibre alimentaire et l'activité physique auprès des enfants et de leur famille</p> <p>OS 2 : Encourager/accompagner les familles à avoir une activité physique avec leurs enfants, dès le plus jeune âge, notamment les familles en vulnérabilité</p>
3.5 Améliorer la santé bucco-dentaire des enfants	<p>OS 1 : Sensibiliser les familles aux enjeux de santé bucco-dentaire, à l'intérêt du suivi et du dépistage régulier</p> <p>OS 2 : Sensibiliser les enfants aux enjeux et bonnes pratiques d'hygiène bucco-dentaire</p>

Axe 4 : Prévention santé des adultes	
4.1 Favoriser la prévention, le dépistage et l'accompagnement du diabète	<p>OS 1 : Développer la prévention primaire du diabète en population générale</p> <p>OS 2 : Développer la prévention secondaire et tertiaire pour les personnes déjà concernées par le diabète</p>
4.2 Améliorer la participation aux dépistages organisés des cancers	<p>OS 1 : Encourager le grand public à participer aux dépistages organisés du cancer</p> <p>OS 2 : Faciliter la participation du public vulnérable</p> <p>OS 3 : Développer/faciliter le développement d'une culture du dépistage et de la prévention des cancers</p>
4.3 Préserver l'autonomie des personnes âgées et leur maintien à domicile	<p>OS 1 : Prévenir et repérer précocement les signes de dépendance/perte d'autonomie (cognition, mobilité, vision, audition, ...) et aider les personnes concernées à maintenir leur autonomie, santé et qualité de vie</p> <p>OS 2 : Développer des ressources appropriées pour aider au maintien de l'autonomie</p>

Les 4 axes prioritaires sont déclinés en plan d'actions, composé de fiches-actions.

Les 16 fiches-actions sont le fruit d'un travail participatif avec les acteurs du territoire.

Elles recensent de nombreuses pistes d'actions qui constituent la **boîte à outils du CLS**.

Elles seront priorisées par le COPIL de lancement, approfondies et mises en œuvre avec les acteurs concernés.

Le plan d'actions est évolutif tout au long du CLS ; de nouvelles fiches actions peuvent être ajoutées, sur proposition du COTECH, et après validation du COPIL.

D'autres pistes et réflexions ont été formulées par les groupes de travail, elles sont à la disposition des acteurs du territoire.

5.1 Périmètre, durée, révision

Le CLS couvre **le territoire de 3 communes** :

- Bourg-en-Bresse
- Péronnas
- Saint Denis lès Bourg

La durée du CLS est de 3 ans ; par commodité, il prendra fin le 31/12/2028.

Une prolongation de 2 ans est possible, sur décision du comité de pilotage.

Révision : Il pourra être révisé et complété tout au long de sa durée. Cette révision prendra la forme d'un avenant, après proposition du comité de pilotage. Le contrat peut être révisé pour tout ajout ou retrait d'axe, tout ajout de signataire, durée du contrat. Toute modification non substantielle, et notamment concernant les instances de suivi et d'animation, peut être prise par décision du comité de pilotage.

5.2 Instances du CLS

Le comité de pilotage (COPIL) est le niveau décisionnel.

Il réunit les représentants des cosignataires et est coprésidé par les maires ou élus référents des 3 communes et l'Agence Régionale de Santé.

3 COPIL au moins seront organisés au cours du CLS (lancement, suivi à mi-parcours, évaluation à 3 ans).

Le comité technique (COTECH) est le niveau opérationnel.

Il est composé des référents techniques des 3 communes, de l'Agence Régionale de Santé, des techniciens des cosignataires, et peut associer des partenaires en fonction du sujet.

Le COTECH prépare les COPIL, suit la démarche et la mise en œuvre du plan d'actions.

Il se réunit 2 fois par an.

L'équipe projet du CLS est composée de la coordinatrice du CLS (pour une représentation des 3 communes), de la coordination santé mentale de l'Ain et de la chargée de mission de la délégation de l'Ain de l'ARS. Au besoin, les coordinations des démarches connexes (CISPD, CPTS, offre de soins, CTG, ...) seront invitées.

L'équipe projet prépare les COTECH, met en œuvre le plan d'actions et soutient la mission de coordination. Elle se réunit au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire.

La coordination du CLS consiste à :

1/ Animer la démarche du CLS :

- Mobiliser le réseau des acteurs locaux, communiquer sur les actions
- Articuler avec les démarches connexes
- Préparer et animer les instances de travail et de décision (comité de pilotage, comité technique, groupe de travail)

2/ Mettre en œuvre, suivre et évaluer le plan d'actions en garantissant le respect de la méthode, des valeurs et principes du CLS

- Solliciter/soutenir les porteurs des fiches actions
- Rechercher des financements, répondre aux appels à projets concernant le plan d'actions, après avis du COTECH ou de l'équipe projet
- Suivre les actions
- Evaluer l'atteinte des objectifs

La mission de coordination du CLS (0,5 ETP) est portée par la Ville de Bourg-en-Bresse, avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé AuRA dans le cadre d'une convention bipartite, et des 2 autres communes dans le cadre d'une convention tripartite.

La coordination du CLSM (0,5 ETP) est portée par le CPA avec le soutien de l'ARS AuRA.

5.3 Evaluation

L'évaluation du CLS à mi-parcours et finale est d'ores et déjà envisagée, avec des outils concrets pour y parvenir.

Les fiches actions déployées dans le cadre du CLS feront l'objet d'un suivi, à l'aide d'indicateurs définis et validés, par les partenaires du CLS.

Ces indicateurs permettront :

De connaître l'état d'avancement des axes et actions prévues dans le cadre du CLS.

De réaliser à mi-parcours et en fin de CLS :

- Une évaluation de la démarche : dans quelle mesure et comment les objectifs de la démarche, les axes et actions ont pu se mettre en place ou non et quels ont été les freins ou leviers éventuels.
- Une évaluation de résultat : dans la mesure du possible et selon l'accessibilité des données, il s'agira d'examiner ce qu'ont pu produire les actions menées dans le cadre du CLS pour les publics bénéficiaires et dans quelle mesure les objectifs spécifiques ont pu être atteints.

5.4 Communication

- Les signataires partagent entre eux les informations en leur possession concernant les axes stratégiques du CLS, dans la mesure de leurs possibilités.
- Une lettre d'information semestrielle est élaborée par l'équipe projet afin de rendre visible la démarche aux yeux de tous les partenaires.
- Les signataires partagent des éléments de langage pour faciliter la communication des communes en direction de la population.
- Les actions menées dans le cadre du CLS mentionneront ce cadre.
- Une identité visuelle propre au CLS pourra être proposée par l'équipe projet.

Engagements des signataires

Chaque signataire s'engage à :

- Participer aux actions du CLS qui le concernent, dans le cadre de ses actions propres et dans le cadre collectif établi par le CLS
- Participer ou se faire représenter aux instances du CLS
- Assurer la continuité des actions retenues en cas de changement de techniciens au sein de son organisation
- Faire connaître et porter auprès de ses partenaires le contenu et l'esprit du CLS

Chaque signataire peut dénoncer sa participation, par lettre recommandée, avec préavis de 3 mois. Le COPIL en est immédiatement informé.

A Péronnas, le 11 juillet 2025

**Le Maire
de Bourg-en-Bresse,**

**Le Maire
de Péronnas,**

**Le Maire
de Saint Denis lès Bourg,**

Jean-François DEBAT

Hélène CEDILEAU

Guillaume FAUVET

La Préfète de l'Ain,

**La Directrice Générale
de l'Agence Régionale
de Santé
Auvergne-Rhône-Alpes,**

**Le Président
du Conseil Départemental
de l'Ain,**

Chantal MAUCHET

Cécile COURREGES

Jean DEGUERRY

**L'Inspecteur d'Académie
Directeur Académique des Services
de l'Education Nationale de l'Ain,**

**La Directrice
de la Caisse Primaire
d'Assurance Maladie de l'Ain,**

Pascal CLEMENT

Anne LAURENS

**La Directrice
du Centre Hospitalier
de Bourg-en-Bresse,**

**Le Directeur
du Centre Psychothérapique
de l'Ain,**

Frédérique LABRO-GOUBY

Dominique BLOCH-LEMOINE

Plan d'actions

Sommaire des 16 fiches-actions	
Axe 1 Santé environnement / cadre de vie	Fiche 1 : Développer les espaces verts, faciliter leur découverte et leur accès
	Fiche 2 : Favoriser l'activité physique au quotidien notamment par les mobilités actives
	Fiche 3 : Limiter l'exposition aux espèces animales et végétales à enjeux pour la santé
Axe 2 Santé mentale	Fiche 4 : Faciliter l'extension du Conseil Local de Santé Mentale de Bourg-en-Bresse au territoire du CLS
	Fiche 5 : Favoriser l'insertion dans la vie de la cité des personnes concernées par une maladie mentale
	Fiche 6 : Améliorer l'accès de tous aux différentes ressources de santé mentale
	Fiche 7 : Savoir repérer le mal-être, savoir aider et orienter les personnes concernées vers les ressources appropriées
	Fiche 8 : Mieux prendre en charge les personnes en souffrance psychique, les situations complexes ou de crise
Axe 3 Prévention : santé des enfants	Fiche 9 : Favoriser le bien-être/santé mentale des enfants par le renforcement des compétences psychosociales (CPS)
	Fiche 10 : Prévenir les conduites à risques notamment liées aux écrans, aux substances psychoactives
	Fiche 11 : Développer le repérage et l'orientation des jeunes enfants présentant des troubles du développement/retards de langage/souffrance psychique
	Fiche 12 : Promouvoir l'activité physique et l'équilibre alimentaire chez les enfants
	Fiche 13 : Améliorer la santé bucco-dentaire des enfants
Axe 4 Prévention : santé des adultes	Fiche 14 : Favoriser la prévention, le dépistage et l'accompagnement du diabète
	Fiche 15 : Améliorer la participation aux dépistages organisés des cancers
	Fiche 16 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et leur maintien à domicile

FICHE ACTION 1 : Développer les espaces verts, faciliter leur découverte et leur accès à tous les habitants
<p>Problème identifié : Une partie des habitants des 3 communes méconnaît et sous-utilise les espaces verts et cheminements verts du territoire, alors que l'usage/la proximité de la nature/espaces végétalisés est particulièrement bénéfique pour la santé physique et mentale</p>
<p>Objectif général : Favoriser une meilleure santé des habitants en facilitant et encourageant leur usage des espaces verts et cheminements verts, sur des trajets courts/longs, en proximité ou à une échelle intercommunale</p>
<p>Publics cible : tous les publics</p>
<p>Objectifs spécifiques (OS) :</p> <p>OS 1 : Renforcer la présence et la cohérence des espaces verts/cheminements verts du territoire</p> <p>OS 2 : Améliorer l'information des habitants et lever les craintes, réduire les représentations négatives sur certains espaces verts (ex. Forêt de Seillon), notamment en ce qui concerne les animaux, la sécurité</p> <p>OS 3 : Faciliter l'accès des habitants aux espaces verts</p>
<p>Activités à déployer par objectif spécifique :</p> <p>OS 1 : Renforcer la présence et la cohérence des espaces verts/cheminements verts du territoire</p> <ul style="list-style-type: none"> Recenser tous les espaces verts existants ainsi que les trames vertes, trames bleues Mailler les espaces verts ou végétalisés entre eux Développer des circuits diversifiés en proximité (circuits courts) et intercommunaux (circuits plus longs), et développer les circuits de balades urbaines (à partir du patrimoine naturel, architectural, ...) Développer/ valoriser les jardins partagés/ouvriers, les espaces végétalisés (bacs de fleurs, cours d'écoles/centres sociaux) Maintenir/entretenir les îlots de fraîcheur (anticiper les plantations arbres) <p>OS 2 : Améliorer l'information des habitants et lever les craintes, réduire les représentations négatives sur certains espaces verts (ex. Forêt de Seillon), notamment en ce qui concerne les animaux, la sécurité</p> <ul style="list-style-type: none"> Développer des outils d'information (carto, plans, ...) pour le grand public sur les jardins, parcs, forêts avec: <ul style="list-style-type: none"> Les chemins existants pour s'y rendre / circuler à l'intérieur Les cheminements « frais/verts » /trames vertes (ex « de parcs en parcs ») Diffuser par différents canaux et événements auprès du grand public/publics spécifiques : <ul style="list-style-type: none"> Écoles, centres de loisirs Sorties/découvertes, sorties accompagnées/familiales (ex centres sociaux, centres de loisirs, écoles, associations, clubs, ...) Sites des mairies, réseaux mairies, applications (syndicat de la Reyssouze), Événements/jeux : fête de la nature, SISM, ...Géo-caching intergénérationnel, « Trouve mon galet », courses d'orientation, rallyes photos, ... <p>OS 3 : Faciliter l'accès des habitants aux espaces verts</p> <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un balisage/une signalétique (panneaux) à travailler avec les habitants Développer la communication / signalisation sur les différents accès/arrêts de bus (ex Forêt de Seillon) Communiquer sur Vélos-Rubis et trajets cyclables jusqu'aux espaces verts Informers le public sur les équipements nécessaires pour les trajets verts ou espaces verts (chaussures, gourdes, ...) et les rassurer sur la nature de l'effort à produire (distance, dénivelé, durée moyenne)
<p>Porteur pressenti : les communes</p>
<p>Ressources et partenaires possibles : Gestionnaires de milieux (ONF, Syndicat Reyssouze, ...) /accueils des publics, Association des naturalistes de l'Ain / FNE / Offices de Tourisme-Fifrelin</p>
<p>Calendrier prévisionnel : A définir par le copil de lancement</p>
<p>Indicateurs d'évaluation :</p> <p><u>Processus :</u></p> <p>OS1 : Recensement effectif des espaces verts sur les 3 communes, maillage des espaces verts et définition de circuits (repérage de cheminement, cartographie des cheminements, balisage/signalétique).</p> <p>OS2 : Réalisation et diffusion effective d'outils d'information grand public, et mise en place d'événements/communication sur l'existence et l'accès aux espaces verts.</p> <p>OS3 : Mise en place effectif d'un balisage des cheminements piétons/vélos vers les espaces verts, réalisation et diffusion d'outils d'information sur les moyens d'accès/arrêts en transports en commun.</p> <p><u>Résultat :</u></p> <p>Mesure de la fréquentation des espaces verts sur les 3 communes (si possible par les habitants).</p> <p>Mesure de l'évolution de cette fréquentation, notamment avant et après la mise en place des balisages, diffusion des informations diverses. Analyse possible, dans ce comptage des profils d'habitants usagers : jeunes, parents avec enfants, personnes âgées.</p>

FICHE ACTION 2 : Favoriser l'activité physique au quotidien notamment par les mobilités actives	
Problème identifié :	Une partie des habitants souffre de sédentarité ou manque d'activité physique, alors que celle-ci est pourtant indispensable à une bonne santé mentale et physique. Certains habitants plus à risques ont particulièrement besoin de redévelopper une activité physique pour que leur état se stabilise, s'améliore ou ne se dégrade pas. Les activités sportives mais aussi et surtout l'activité physique du quotidien jouent un rôle protecteur pour la santé physique et psychique. Elle peut être développée chez les personnes par des environnements favorables.
Objectif général :	Favoriser la pratique d'activités physiques et notamment les mobilités actives chez tous les publics, y compris les plus vulnérables (précarité, âge, handicap, maladies chroniques, ...)
Publics cible :	tous les publics
Objectifs spécifiques (OS) :	<p>OS 1 : Permettre aux habitants de mieux connaître et comprendre les bénéfices de l'activité physique pour leur santé, notamment chez les publics précaires/vulnérables</p> <p>OS 2 : Permettre aux habitants de mieux connaître leurs capacités à pratiquer une activité physique</p> <p>OS 3 : Faciliter la pratique d'activités physiques ou sportives par les habitants</p>
Activités à déployer par objectif spécifique :	<p>OS 1 et OS 2 : Permettre aux habitants de mieux connaître et comprendre les bénéfices de l'activité physique pour leur santé ainsi que leurs capacités à pratiquer une activité physique</p> <ul style="list-style-type: none"> Communiquer sur les capacités/représentations autour des possibilités réelles d'activité physique de différents types de publics (ex : trajets piétons des enfants, adultes, parents pour aller à l'école : durée/fatigue/effort/temps gagné/bénéfice pour la santé) <p>OS 3 : Faciliter la pratique d'activités physiques ou sportives par les habitants</p> <ul style="list-style-type: none"> Développer la marche et les mobilités actives sur les 3 communes : <ul style="list-style-type: none"> Développer la signalétique sur les trajets urbains piétons (temps de trajets en minutes, ...) notamment pour faire prendre conscience des temps de trajets courts Recenser et signaler (panneaux, journaux municipaux, ...) les ressources de facilitation de la marche (notamment pour publics vulnérables) : bancs, toilettes, bornes à eau, éclairage, ombrage, éclairage dans les parcs, jardins, sur trajets/voies vertes, et les trajets urbains Développer moyens de faciliter marche pour publics âgés/maladies chroniques/PMR Développer des cours d'apprentissage du vélo (comment circuler en ville, utiliser les vélos rubis) Développer / soutenir les trajets à pied pour les publics scolaires Développer les activités accompagnées/collectives / « d'aller vers » en matière de balades urbaines ou dans/vers espaces verts, notamment pour les publics précaires, isolés, vulnérables et éloignés de la marche Développer l'attractivité de certains parcours de marche urbaine /lieux, par actions de « nudging » Développer la pratique sportive chez les habitants <ul style="list-style-type: none"> Communiquer sur les parcours sportifs intercommunaux ex : « parcours pro » /parcours santé Soutenir les activités sportives hors compétition (ex. animation de parcours sportifs avec habitants, « semaine terre de jeux/ateliers sportifs », quartiers, écoles, ..., animations de proximité). Développer/communiquer sur les aides à payer les cotisation/adhésion en clubs sportifs Développer les places et les salles/lieux pour pratiques sportives à forte demande Favoriser les liens, les projets et les réseaux partagés entre le DAPAP et différents acteurs du territoire
Porteur pressenti :	les communes
Ressources et partenaires possibles :	Services des communes, Habitants (consultations d'habitants, diagnostics avec habitants, ...), Diagnostic seniors existant, MG, CPTS, Applications pour mobiles, Clubs sportifs pour professionnels et amateurs, Contrat de ville, DAPAP, Bourg Nature Environnement, Grand Bourg Agglo
Calendrier prévisionnel :	A définir par le copil de lancement
Indicateurs d'évaluation :	<p><u>Processus :</u></p> <p>OS1 et OS2 : Développement effectif d'outils de communication grand public sur les bénéfices de l'activité physique pour la santé mentale et physique.</p> <p>OS3 : Mise en place effective d'outils facilitant/encourageant l'activité physique et notamment la marche.</p> <p><u>Résultat :</u></p> <p>Mesure de la fréquentation par les habitants des trajets-balades urbaines /parcours sportifs/parcours santé, signalés/identifiés, piétons ou cyclables.</p> <p>Mesure de l'évolution de la fréquentation de ces trajets en début/en fin de CLS.</p> <p>Mesure de l'évolution des inscriptions dans les clubs sportifs qui auront bénéficié d'actions de communication/aide au développement des places.</p>

FICHE ACTION 3 : Limiter l'exposition aux espèces animales et végétales à enjeux pour la santé
Problème identifié : Le développement/prolifération de certaines espèces animales ou végétales à un impact délétère sur la santé mentale (stress, stigmatisation, ...) et physique (zoonoses, infections diverses, allergies, ...) des habitants
Objectif général : Protéger la santé des habitants face au développement d'espèces animales ou végétales à risque pour la santé humaine
Publics cible : tous les publics
Objectifs spécifiques (OS) : OS 1 : Informer, mobiliser et former la population sur la présence d'espèces animales et végétales à risques pour la santé humaine : moustique-tigre, frelon asiatique, tiques, espèces végétales allergènes et sur les bonnes pratiques pour se protéger OS 2 : Renforcer les moyens de lutte contre les espèces animales et végétales
Activités à déployer par objectif spécifique : OS 1 : Informer, mobiliser et former la population sur la présence d'espèces animales et végétales à risques pour la santé humaine : moustiques-tigres, frelon-asiatique, tiques, espèces végétales allergènes, et sur les bonnes pratiques pour se protéger <ul style="list-style-type: none"> • Organiser des conférences publiques sur cette thématique • Communiquer spécifiquement/de manière séquencée : <ul style="list-style-type: none"> - Sur les risques en lien avec frelons asiatiques - Sur les bonnes pratiques de lutte contre les moustiques tigres • Communiquer sur la prévention : tiques, chenilles processionnaires (vêtements, équipement) • Favoriser la constitution de réseaux d'habitants relais à l'échelle des quartiers/lotissements OS 2 : Renforcer les moyens de lutte contre les espèces animales et végétales <ul style="list-style-type: none"> • Développer le travail en réseau, le maillage et le partage d'outils et de bonnes pratiques entre les 3 communes sur lutte contre les espèces animales et végétales à risques <ul style="list-style-type: none"> - Développement d'outils de repérage des lieux à risques : cartographies des nids, des pièges, etc.... - Développer le recours à des services civiques pour éduquer la population : habitat individuel-zones pavillonnaires/jardins collectifs/terrasses sur plots/toits-terrasses - Développer les diagnostics à domicile, - Développer l'information/éducation des professionnels des services municipaux-publics / chantiers/entreprises jardinage ou bricolage sur ces risques et les moyens de lutte - Renforcer les prescriptions sur les permis de construire - Intégrer lutte contre les allergènes dans les plantations/fauchages tardifs, avec acteurs différents (dimension systémique à valoriser)
Porteur pressenti : les communes
Ressources et partenaires possibles : Villes, GBA, la Fredon, L'EIRAD, CD01, syndicats d'apiculteurs, ONF, UNISCITE, ARS ...
Calendrier prévisionnel : A définir par le copil de lancement
Indicateurs d'évaluation : <u>Processus :</u> OS1 : Réalisation effective d'actions de communication sur les risques liés aux espèces animales et végétales à enjeux pour la santé et sur les moyens de les prévenir/s'en protéger. Mise en place de réseaux d'habitants-relais sur cette thématique, dans les quartiers/lotissements. OS2 : Développement effectif d'outils de repérage des lieux à risques, de réalisation de diagnostics à domicile, renforcement effectif des prescriptions sur les permis de construire. <u>Résultat :</u> Mesure de l'évolution des demandes d'information/plaintes d'habitants concernant notamment le moustique-tigre. Analyse des constats réalisés dans les diagnostics à domicile (effectués par services municipaux), concernant les bonnes ou mauvaises pratiques des habitants en matière de mesures de prévention face au moustique-tigre, notamment.

FICHE ACTION 4 : Faciliter l'extension du Conseil Local de Santé Mentale de Bourg-en-Bresse au territoire du CLS	
Problème identifié :	Des problématiques de santé mentale sont observées dans les 3 communes. Pour autant il existe une difficulté à les appréhender par manque de culture commune dans ses 3 dimensions.
Objectif général :	Développer ou renforcer une culture commune, partager et mutualiser des actions, en matière de santé mentale, sur les 3 communes
Publics cible :	tous les publics
Objectifs spécifiques (OS) :	<p>OS 1 : Etendre le CLSM à l'échelle des 3 communes</p> <p>OS 2 : Définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées (promouvoir, prévenir, entretenir, soigner, rétablir)</p> <p>OS 3 : Impulser une dynamique entre les acteurs (élus, professionnels de tous secteurs, psychiatrie, aidants, représentants des usagers et toute personne concernée par la thématique, ...)</p>
Activités à déployer par objectif spécifique :	<p>OS 1 : Etendre le CLSM à l'échelle des 3 communes</p> <p>OS 2 : Définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées (promouvoir, prévenir, entretenir, soigner, rétablir)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre une observation en santé mentale • Permettre l'accès aux soins psychiatrique la continuité des soins <ul style="list-style-type: none"> - Fiche-action Prévention du suicide • Favoriser l'insertion sociale, l'autonomie et la pleine citoyenneté des usagers <ul style="list-style-type: none"> - Fiche-action Logement • Lutter contre la stigmatisation et les discriminations <ul style="list-style-type: none"> - Fiche-action PSSM grand public • Promouvoir la santé mentale <ul style="list-style-type: none"> - Fiche-action CPS ados <p>OS 3 : Impulser une dynamique entre les acteurs (élus, professionnels de tous secteurs, psychiatrie, aidants, représentants des usagers et toute personne concernée par la thématique, ...)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'interconnaissance à travers les groupes de travail, évènements, ... • Promouvoir l'information sur les dispositifs et structures existants
Porteur pressenti :	Coordination Santé Mentale de l'Ain (CoSM)
Ressources et partenaires possibles :	Psychiatrie, services des communes, centres sociaux, CCAS, associations d'usagers, CPTS, ...
Calendrier prévisionnel :	A définir par le copil de lancement
Indicateurs d'évaluation :	<p><u>Processus :</u></p> <p>OS1 : Mise en place effective d'un CLSM qui couvre les 3 communes.</p> <p>OS2 : Mise en place effective d'un dispositif/actions d'observation en santé mentale sur le territoire. Indicateurs de processus à affiner selon les indications des fiches actions du CLSM.</p> <p>OS3 : Mise en place effective de groupes de travail, avec des professionnels et usagers du territoire à l'échelle des 3 communes, dans le cadre du CLSM.</p> <p><u>Résultat :</u></p> <p>Mesure de la participation des professionnels et usagers/représentants des usagers au CLSM, sur la durée du CLSM et du CLS, à l'échelle des 3 communes.</p>

FICHE ACTION 5 : Favoriser l'insertion dans la vie de la cité des personnes concernées par une maladie mentale	
Problème identifié :	Les personnes concernées par une maladie mentale, quelle qu'elle soit, sont souvent l'objet de formes de stigmatisation, de rejet voire d'exclusion, qui réduisent leurs chances d'une bonne insertion dans la vie de la cité. Or, la qualité de cette insertion est un déterminant important de la santé mentale (bien-être, sentiment d'appartenance, estime de soi, ...) et de la santé physique (accès aux soins et aux ressources de logement, loisirs, lien social, emploi, ...).
Objectif général :	Améliorer les déterminants favorables à la santé mentale et physique des personnes concernées par une maladie mentale, en termes d'inclusion dans la vie de la cité.
Publics cible :	tous les publics
Objectifs spécifiques (OS) :	
OS 1 :	Déstigmatiser la maladie mentale auprès de tous les publics à tous les âges
OS 2 :	Déstigmatiser la maladie mentale auprès des professionnels
Activités à déployer par objectif spécifique :	
OS 1 : Déstigmatiser la maladie mentale auprès de tous les publics à tous les âges	<ul style="list-style-type: none"> Développer et/ou diffuser des supports et des contenus qui soient accessibles à tous, qui déconstruisent les représentations erronées sur la maladie mentale et qui permettent de faire connaître et renforcer les compétences psychosociales.
OS 2 : Déstigmatiser la maladie mentale auprès des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> Outils les professionnels (non soignants « psy ») pour qu'ils puissent mieux accueillir et/ou orienter les personnes concernées.
Porteur pressenti :	CLS (ou CLSM)
Ressources et partenaires possibles :	Usagers, notamment usagers pairs/professionnalisés, IFSI, ESMS, centres sociaux, Education Nationale, Bailleurs sociaux, Carrefour Santé mentale Précarité, SISM, UNAFAM, APAJH, CLIC, DAC,...
Calendrier prévisionnel :	A définir par le copil de lancement
Indicateurs d'évaluation :	
Processus :	
OS1 :	Mise en place effective d'actions de communication/sensibilisation (écrites et orales) du grand public sur la santé mentale et les CPS.
OS2 :	Mise en place effective d'actions de communication/sensibilisation auprès des professionnels travaillant au contact direct du public/de différents publics, pour mieux accueillir/intégrer les personnes concernées par une maladie mentale.
Résultat :	Mesure de l'évolution (et l'amélioration) de l'accès des personnes concernées par une maladie mentale aux différentes ressources de la cité (logement, loisirs, emploi, ...), par l'analyse des observations effectuées par les usagers, représentants d'usagers, pairs-aidants participant au CLSM.

FICHE ACTION 6 : Améliorer l'accès de tous aux différentes ressources de santé mentale	
Problème identifié :	Le grand public comme les professionnels connaissent souvent mal les différentes ressources de santé mentale qui existent, comment les solliciter et pour quel type de difficultés. Cette méconnaissance est un obstacle à la mise en place et à la fluidité d'un parcours de prévention ou de prise en charge adapté, en cas de besoin.
Objectif général :	Améliorer la connaissance des ressources de santé mentale, pour que chacun puisse identifier, solliciter, utiliser les ressources adaptées, en cas de besoin.
Publics cible :	tous les publics
Objectifs spécifiques (OS) :	<p>OS 1 : Diffuser les informations concernant les différentes ressources de santé mentale existant sur le territoire, <u>auprès du grand public</u></p> <p>OS 2 : Diffuser les informations concernant les différentes ressources de santé mentale existant sur le territoire, <u>auprès des professionnels</u></p>
Activités à déployer par objectif spécifique :	<p>OS 1 : Diffuser les informations concernant les différentes ressources de santé mentale existant sur le territoire, auprès du grand public</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer la communication auprès du grand public sur différentes ressources existantes <ul style="list-style-type: none"> - Diffusion du support « Ma santé mentale dans l'Ain », dans les lieux accueillant du public, par les professionnels travaillant au contact du public - Diffuser les informations sur les ressources en santé mentale par les médias locaux • Référencer les ressources en santé mentale sur les sites internet des 3 communes <p>OS 2 : Diffuser les informations concernant les différentes ressources de santé mentale existant sur le territoire, auprès des professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diffuser les informations sur toutes les ressources existantes en santé mentale (prévention et soin) auprès <ul style="list-style-type: none"> - Des professionnels et élus municipaux des 3 communes - Des centres sociaux, clubs sportifs, MJC, clubs culturels - Professionnels de santé, ...
Porteur pressenti :	CLS (ou CLSM si extension)
Ressources et partenaires possibles :	Association de patients, familles, CPTS, Enseignement supérieur, monde du travail (SST, CSE, syndicats), Travailleurs sociaux, tutelles, forces de l'ordre, CPAM, Services municipaux, France Service, CoSM - Site Notre Santé Mentale dans l'Ain, ...
Calendrier prévisionnel :	A définir par le copil de lancement
Indicateurs d'évaluation :	<p><u>Processus :</u></p> <p>OS1 : Diffusion effective, auprès du <u>grand public</u>, d'informations concernant les ressources existant en santé mentale sur le territoire et comment/pourquoi les solliciter.</p> <p>OS2 : Diffusion effective des informations concernant les différentes ressources de santé mentale existant sur le territoire, auprès des <u>professionnels</u>.</p> <p><u>Résultat :</u></p> <p>Mesure de l'évolution (et l'amélioration) de l'accès des personnes concernées par une maladie mentale aux ressources du territoire (par l'analyse des observations effectuées par les usagers, représentants d'usagers, pairs-aidants participant au CLSM).</p>

FICHE ACTION 7 : Savoir repérer le mal-être, savoir aider et orienter les personnes concernées vers les ressources appropriées	
Problème identifié :	Le mal-être ou la souffrance psychique peuvent faire l'objet d'une autocensure ou d'une faible conscientisation de la part de ceux qui sont concernés, mais aussi être sous-repéré par les proches, les professionnels. Cette souffrance qui s'installe de manière soudaine ou progressive, peut alors évoluer à bas bruit, parfois en s'aggravant, avec des conséquences parfois très négatives pour la personne.
Objectif général :	Faire en sorte que les personnes concernées par un mal-être, une souffrance psychique puissent être mieux et plus rapidement repérées et aidées par les professionnels qui les entourent.
Publics cible :	Professionnels
Objectifs spécifiques (OS) :	<p>OS 1 : Permettre aux professionnels de mieux repérer/reconnaître les différents signes du mal-être, de la souffrance psychique et leur permettre d'être mieux outillés pour aider et orienter les personnes concernées par un mal-être/une souffrance psychique, selon la difficulté repérée (troubles émergents, dépression, ...)</p>
Activités à déployer par objectif spécifique :	<p>OS 1 : Permettre aux professionnels de mieux repérer/reconnaître les différents signes du mal-être, de la souffrance psychique et leur permettre d'être mieux outillés pour aider et orienter les personnes concernées par un mal-être/une souffrance psychique, selon la difficulté repérée (troubles émergents, dépression, ...)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Former les professionnels (repérage et PSSM) • Développer les « journées, ½ journées de sensibilisation à la santé mentale » pour les professionnels
Porteur pressenti :	CLS (ou CLSM)
Ressources et partenaires possibles :	Les 3 communes, CPTS, CPA, Education Nationale, Maison des Adolescents, Mission Locale, service de santé de l'université, Services de Santé au Travail, CPAM, MSA, CNFPT, UNAFAM, Conseils citoyens, conseils municipaux jeunes, CCAS
Calendrier prévisionnel :	A définir par le copil de lancement
Indicateurs d'évaluation :	<p><u>Processus :</u></p> <p>OS1 : Mise en place effective de formations, auprès des professionnels accueillant du public/travaillant avec les habitants, sur le repérage des différents signes de mal-être/souffrance psychique et aux premiers secours en santé mentale (PSSM).</p> <p><u>Résultat :</u></p> <p>Mesure de l'évolution (et l'amélioration) du repérage des signes de mal-être/souffrance psychique par les professionnels du territoire et du développement des premiers secours en santé mentale (par l'analyse des observations effectuées par les usagers, représentants d'usagers, pairs-aidants participant au CLSM).</p>

FICHE ACTION 8 : Mieux prendre en charge les personnes en souffrance psychique, les situations complexes ou de crise
Problème identifié : Certaines situations de souffrance et difficulté psychique se dégradent soudainement (situations de « crise ») et se complexifient entraînant des conséquences négatives voire une mise en danger, à très court et moyen terme, pour les personnes concernées et pour les personnes qui vivent dans leur entourage.
Objectif général : Améliorer la prise en charge des situations complexes ou de crise, en matière de santé mentale
Publics cible : Professionnels
Objectifs spécifiques (OS) : OS 1 : Développer les « savoir agir » des professionnels pour qu'ils puissent mieux faire face/prendre en charge les situations de crise, les situations complexes en matière de santé mentale
Activités à déployer par objectif spécifique : OS 1 : Développer les « savoir agir » des professionnels pour qu'ils puissent mieux faire face/prendre en charge les situations de crise, les situations complexes en matière de santé mentale <ul style="list-style-type: none"> • Former les professionnels au repérage des signes de crise pour mieux identifier les situations <ul style="list-style-type: none"> - Développer les formations aux situations complexes/urgentes en matière de santé mentale auprès des professionnels qui le souhaitent - Diffuser les supports d'information sur la santé mentale, et les ressources locales : « Ma santé mentale dans l'Ain » - Faire intervenir les patients/usagers experts / pair-aidants pour mieux comprendre les situations • Outils des professionnels en matière de gestion de crise ou complexes <ul style="list-style-type: none"> - Communiquer sur l'existence des commissions de situations complexes - Communiquer sur le Dispositif d'Appui à la Coordination auprès des professionnels (RCP) - Communiquer sur le dispositif incurie - Communiquer sur le protocole de soin en matière de situation de crise - Communiquer sur les procédures d'hospitalisation sous contrainte
Porteur pressenti : CISPD
Ressources et partenaires possibles : CPA (équipes mobiles), CLSM, DAC de l'Ain, Régulation 15 (SAMU), CPTS, CH Bourg
Calendrier prévisionnel : A définir par le copil de lancement
Indicateurs d'évaluation : <u>Processus :</u> OS1 : Mise en place effective de formations auprès de professionnels sur le repérage des signes de crise. Diffusion effective de supports d'information comme « Ma santé mentale dans l'Ain ». Diffusion effective d'informations écrites/orales sur les commissions de situations complexes, sur le DAC, sur les modalités d'hospitalisation sous contrainte. <u>Résultat :</u> Mesure de l'évolution des sollicitations (nombre et motif) des dispositifs dédiés à l'examen et prise en charge des situations de crise/situations complexes en santé mentale par des professionnels du territoire. Mesure de l'évolution des hospitalisations sous contrainte (nombre, bien-fondé, respect du protocole) concernant les habitants des 3 communes (données SNDS ou RIM-P). Mesure de l'évolution de la résolution des situations de crise ou situations complexes en santé mentale (identification des facteurs d'amélioration), sur le territoire, auprès des bailleurs sociaux, forces de l'ordre sur les 3 communes.

FICHE ACTION 9 : Favoriser le bien-être/santé mentale des enfants par le renforcement des compétences psychosociales (CPS)
<p>Problème identifié : Le mal-être, la souffrance psychique des enfants ou jeunes enfants et adolescents est souvent en lien avec un déficit de compétences psychosociales (estime de soi, confiance en soi, capacité à identifier et à exprimer ses émotions, confiance dans les adultes, capacité à demander de l'aide, ...). Ainsi, les comportements à risques, qui se manifestent souvent à l'adolescence, peuvent être évités en renforçant les CPS des enfants dès le plus jeune âge. En outre, les relations entre les enfants, ou avec les adultes, parfois problématiques (violences...) peuvent être améliorées par ce biais.</p>
<p>Objectif général : Améliorer le développement/renforcement des CPS des enfants, par les professionnels et les parents</p>
<p>Publics cible : Enfants, parents, professionnels travaillant avec jeunes enfants</p>
<p>Objectifs spécifiques (OS) :</p> <p>OS 1 : Former les <u>professionnels</u> travaillant au contact des enfants et de leurs familles à l'importance des CPS pour le bon développement de l'enfant et la prévention du mal-être/souffrance psychique</p> <p>OS 2 : Promouvoir la santé mentale des enfants, notamment en sensibilisant les <u>parents/familles</u> à l'importance des CPS</p>
<p>Activités à déployer par objectif spécifique :</p> <p>OS 1 : Former les <u>professionnels</u> travaillant au contact des enfants et de leurs familles à l'importance des CPS pour le bon développement de l'enfant et la prévention du mal-être/souffrance psychique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir/déployer des formations de manière régulière sur les CPS pour les professionnels et bénévoles de la petite enfance, enfance, adolescence, (tous secteurs : éducation, périscolaire, loisirs, ...) • Articuler les programmes de promotion des CPS au sein des établissements accueillant des enfants • Travailler sur les dispositifs de transition entre crèche/école, école/collège <p>OS 2 : Promouvoir la santé mentale des enfants, notamment en sensibilisant les <u>parents/familles</u> à l'importance des CPS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer le sujet des CPS dans les communications destinées aux parents (version FALC). • Communiquer auprès des parents sur les ressources d'aide existantes en matière de parentalité/CPS, besoins et développement de l'enfant • Déployer des ateliers de discussion pour les parents dans les crèches, les centres sociaux, ... • Favoriser le déploiement de lieux de soutien à la parentalité
<p>Porteur pressenti : CLS (ou CLSM) , Education Nationale, Promotion santé Ain, Addictions France</p>
<p>Ressources et partenaires possibles : Education Nationale, Promotion santé Ain, Addictions France, Centres sociaux, PMI, Professionnels de santé libéraux (MG, orthophonistes, ...), Pairs-relais, MDA, Ville Bourg (DRE), Conseils municipaux junior, ...</p>
<p>Calendrier prévisionnel : A définir par le copil de lancement</p>
<p>Indicateurs d'évaluation :</p> <p><u>Processus :</u></p> <p>OS1 : Mise en place effective de formations sur les CPS pour les professionnels du territoire travaillant avec des jeunes enfants et enfants. Mise en place effective de temps de travail au sein des établissements accueillant des enfants, jeunes enfants, pour définir des articulations à mettre en avant entre programmes dédiés au renforcement des CPS.</p> <p>OS2 : Réalisation et diffusion effectives de documents d'information (y compris en FALC) à destination des parents, sur l'importance des CPS pour les enfants, les ressources d'aide à la parentalité. Développement effectif d'espaces de discussion (accompagnés par des professionnels) pour les parents et de lieux dédiés au soutien à la parentalité.</p> <p><u>Résultat :</u></p> <p>Mesure de la participation des professionnels (profil) aux formations sur les CPS, analyse de l'évolution de la participation.</p> <p>Mesure de la participation des parents aux espaces de discussion et aux lieux dédiés de soutien à la parentalité.</p>

FICHE ACTION 10 : Prévenir les conduites à risques notamment liées aux écrans, aux substances psychoactives
<p>Problème identifié : Les conduites à risque, notamment les consommations problématiques de substances psychoactives qui peuvent démarrer à la fin de l'enfance et la surconsommation d'écrans qui peut démarrer dès la petite enfance sont souvent en lien avec des habitudes et pratiques familiales problématiques, avec des difficultés de parentalité. Lorsque les parents conscientisent ces difficultés, ils sont parfois dépassés et ne savent pas comment aider leurs enfants. Ces addictions sont défavorables aussi bien sur le plan de la santé mentale (isolement social, ...) que de la santé physique (sédentarité, risques de cancers à long terme, ...)</p>
<p>Objectif général : Aider les parents à adopter des discours et des comportements favorables qui puissent prévenir l'apparition de conduites à risques chez leurs enfants, notamment en termes de consommations d'écrans ou de substances psychoactives</p>
<p>Publics cible : Parents d'enfants et jeunes enfants</p>
<p>Objectifs spécifiques (OS) :</p> <p>OS 1 : Sensibiliser/informer les parents à la prévention des conduites à risques chez leurs enfants, particulièrement en matière de surconsommation ou d'addictions aux écrans</p> <p>OS 2 : Favoriser les changements de comportements chez les parents pour prévenir les conduites à risques chez leurs enfants</p>
<p>Activités à déployer par objectif spécifique :</p> <p>OS 1 : Sensibiliser/informer les parents à la prévention des conduites à risques chez leurs enfants, particulièrement en matière de surconsommation ou d'addictions aux écrans</p> <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des informations, conférences, événements répétés, « ludiques » et interactifs pour grand public (pour familles et professionnels), articulées avec les CPS, sur : <ul style="list-style-type: none"> Les besoins de l'enfant (émotions de l'enfant, CPS, mal-être, ...) Les risques/conséquences liées aux écrans/utilisation excessive/réseaux / contenus inadaptés Les outils pour aider les familles dans l'utilisation des écrans (guide, carnet de santé, podcasts, défis sans écran, ...) Soutenir une communication régulière auprès des parents sur la prévention des conduites à risques <ul style="list-style-type: none"> Développer les actions d'information sur l'alcool et ses risques, comment les prévenir / débanaliser l'alcool <p>OS 2 : Favoriser les changements de comportements chez les parents pour prévenir les conduites à risques chez leurs enfants</p> <ul style="list-style-type: none"> Développer les actions d'accompagnement des parents pour les aider à changer leurs pratiques/comportements Développer les cafés des parents Développer les formations/sensibilisations des parents aux jeux en ligne Développer des temps partagé enfants – parents, pour faciliter des moments de dialogue et encourager les jeux avec les enfants hors écrans Développer les espaces sans tabac Favoriser le développement de pratique sportive ou culturelle des familles
<p>Porteur pressenti : Addictions France, Communes, Education Nationale, CD01 (PMI)</p>
<p>Ressources et partenaires possibles : PMI, Education Nationale, Villes, centres sociaux, Promotion Santé, Addictions France, Ligue contre le cancer, Ambassadeurs mois sans tabac, Familles Rurales, Promeneurs du Net, Personnalités sportives</p>
<p>Calendrier prévisionnel : A définir par le copil de lancement</p>
<p>Indicateurs d'évaluation :</p> <p><u>Processus :</u></p> <p>OS1 : Mise en place effective d'informations, conférences, événements répétés et réguliers, « ludiques » et interactifs pour grand public/parents sur les conduites à risques qui peuvent apparaître et s'installer chez leurs enfants, avec les écrans mais aussi les substances psychoactives.</p> <p>OS2 : Mise en place effective d'actions collectives d'accompagnement des parents sur de temps partagé enfants – parents, pour faciliter des moments de dialogue et encourager les jeux avec les enfants hors écrans. Mise en place effective de cafés des parents.</p> <p>Mise en place effective d'espaces sans tabac, sur les 3 communes.</p> <p>Mise en place effective de formations/sensibilisations des parents aux jeux en ligne.</p> <p><u>Résultat :</u></p> <p>Mesure de la participation des parents aux différentes actions collectives ou formations.</p> <p>Mesure de l'évolution de cette participation et du profil des parents participants.</p>

FICHE ACTION 11 : Développer le repérage et l'orientation des jeunes enfants présentant des troubles du développement/retards de langage/souffrance psychique
<p>Problème identifié : Les enfants et jeunes enfants qui ont des troubles du neurodéveloppement ou des troubles en lien avec une souffrance psychique sont parfois repérés très tardivement. Les difficultés qu'ils rencontrent s'aggravent alors avec le temps et sont défavorables à une bonne inclusion sociale et scolaire et à une bonne santé mentale (estime de soi, confiance en soi, notamment). Leur qualité de vie et parcours de vie peuvent en être très négativement affectés. Le repérage des troubles du développement ou troubles psychique et leur prise en charge constituent un enjeu majeur pour les enfants mais aussi pour les professionnels / structures qui les accompagnent</p>
<p>Objectif général : Permettre aux jeunes enfants et enfants concernés par un trouble du neurodéveloppement ou un trouble psychique, de bénéficier des aides et ressources appropriées, le plus tôt possible, par un repérage et dépistage précoce.</p>
<p>Publics cible : Enfants et parents d'enfants ayant des troubles du neuro-développement et des troubles psychiques</p>
<p>Objectifs spécifiques (OS) :</p> <p>OS 1 : Outiller les professionnels et les parents sur le repérage précoce des difficultés de développement chez les jeunes enfants/enfants, et la mise en place d'un parcours de prise en charge</p> <p>OS 2 : Aider les enfants en début de parcours de soins, en cas de délais importants de prise en charge</p>
<p>Activités à déployer par objectif spécifique :</p> <p>OS 1 : Outiller les professionnels et les parents sur le repérage précoce des difficultés de développement chez les jeunes enfants/enfants, et la mise en place d'un parcours de prise en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre/développer les formations des professionnels travaillant au contact des jeunes enfants et enfants au repérage des troubles du neuro-développement • Soutenir le travail des crèches passerelles en termes de dépistages des difficultés de développement des enfants, y compris pour enfants qui n'ont pas été en crèche • Favoriser et articuler les dépistages (ex : CD 01 - CPAM) • Aider les parents à repérer et accepter les difficultés de leur enfant et les orienter vers les structures appropriées <p>OS 2 : Aider les enfants en début de parcours de soins, en cas de délais importants de prise en charge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer les actions qui facilitent le démarrage d'une scolarisation des enfants ayant des difficultés de développement, en attendant une prise en charge plus adaptée ou complémentaire. • Informer/sensibiliser les parents à toutes les solutions qui peuvent être mise en place en attendant une prise en charge spécialisée <ul style="list-style-type: none"> - Communiquer auprès des parents sur tous les dispositifs « sas » - Informer les familles sans solution de prise en charge pour leur enfant, des aides et accompagnements possibles
<p>Porteur pressenti : CLSM (lien PTSM)</p>
<p>Ressources et partenaires possibles :</p> <p>CPTS, PMI, travailleurs sociaux, Plateformes Coordination Orientation (PCO), CMP, Education Nationale, CPAM, CAMPS, DAC Ain Appui, APAJH, Association Pomme de Rainette, Association Loisirs Pour tous, Pole Compétence Prestations Externalisées, Les Jardins d'Alexandre, CD 01, Psycho parentalité (psychologues libéraux conventionnés)</p>
<p>Calendrier prévisionnel : A définir par le copil de lancement</p>
<p>Indicateurs d'évaluation :</p> <p><u>Processus :</u></p> <p>OS1 : Mise en place effective de formations des professionnels, soutien/renforcement du travail de dépistage des crèches passerelles. Développement des dépistages chez les jeunes enfants (en PMI, CAMSP, ...).</p> <p>OS2 : Mise en place effective d'actions spécifiques qui facilitent le démarrage d'une scolarisation des enfants ayant des difficultés de développement.</p> <p>Mise en place effective d'actions d'information/sensibilisation des parents à toutes les solutions qui peuvent être mise en place en attendant une prise en charge spécialisée.</p> <p><u>Résultat</u></p> <p>Mesure de la participation des professionnels aux formations sur les troubles et leur dépistage.</p> <p>Mesure du nombre de dépistages des troubles du neurodéveloppement effectués chez les enfants.</p> <p>Mesure du nombre et de la nature d'actions menées pour faciliter la scolarisation d'enfants ayant un trouble du neurodéveloppement / Mesure de l'évolution du nombre d'enfants.</p> <p>Mesure de la participation des parents aux actions de sensibilisation/informations.</p>

FICHE ACTION 12 : Promouvoir l'activité physique et l'équilibre alimentaire chez les enfants

Problème identifié : Les données épidémiologiques (ONAPS, INSERM, ...) montrent que les enfants sont de plus en plus sédentaires, et, pour une partie d'entre eux (notamment les enfants de milieux défavorisés), ils ont également une alimentation déséquilibrée. Les risques de la sédentarité pour la santé mentale sont bien documentés (anxiété, difficultés de concentration, ...) ainsi que pour la santé physique (surpoids, obésité, notamment), et les risques d'une alimentation riches en sucres, en graisses et pauvres en légumes et fruits sont également le surpoids et l'obésité (et à terme, les problèmes cardiovasculaires et le diabète)

Objectif général : Favoriser une bonne santé des enfants par une alimentation équilibrée et un niveau d'activité physique approprié à leur âge

Publics cible : Enfants, parents et professionnels travaillant avec les enfants

Objectifs spécifiques (OS) :

OS 1 : Former/outiller les structures accueillant des enfants pour les aider à promouvoir l'équilibre alimentaire et l'activité physique (avec les enfants et leurs familles)

OS 2 : Encourager/accompagner les familles à avoir une activité physique avec leurs enfants, dès le plus jeune âge, notamment les familles en vulnérabilité (familles monoparentales en précarité)

Activités à déployer par objectif spécifique :

OS 1 : Former/outiller les structures accueillant des enfants pour les aider à promouvoir l'équilibre alimentaire et l'activité physique (avec les enfants et leurs familles)

- Soutenir les programmes et dispositifs de promotion santé en matière d'équilibre alimentaire et activité physique, à l'école et dans les structures de loisirs :
 - Actions ludiques sur activité physique/équilibre alimentaire (Programme PACAP)
 - Soutenir les semaines du goût à l'école
 - Soutenir l'intervention clubs de sports/clubs aînés
 - Aider /structures loisirs à développer activités sur ces thématiques : cuisiner/alimentation saine/activité physique

OS 2 : Encourager/accompagner les familles à avoir une activité physique avec leurs enfants, dès le plus jeune âge, notamment les familles en vulnérabilité (familles monoparentales en précarité)

- Instaurer une journée/événementiel/temps festif autour de la nutrition sur les 3 communes, en direction des familles
- Encourager/accompagner les parents à donner un « goûter sain » aux enfants : information sur les ressources existantes /à leur disposition sur les questions d'alimentation, avec éventuellement des « défis ludiques »

Porteur pressenti : Promotion Santé Ain, communes

Ressources et partenaires possibles : Education Nationale, Conseil départemental « réussir par le sport », PMI, Centres sociaux, centres de loisirs, Epicerie solidaire, Banque alimentaire, Pass Sport, Contrat de ville, CDOS, Promotion Santé Ain, CPTS, communes, Association Pèse-plume, REPOPOP

Calendrier prévisionnel : A définir par le copil de lancement

Indicateurs d'évaluation :

Processus :

OS1 : Déploiement effectif de programmes et dispositifs en milieu scolaire et structures de loisirs concernant la promotion d'une alimentation équilibrée et de l'activité physique (Programme PACAP, semaines du goût, intervention de clubs de sports sur les temps périscolaires).

OS2 : Développement effectif d'outils et événements permettant de sensibiliser et aider les parents à avoir des pratiques favorables à la santé de leurs enfants en matière d'alimentation et d'activité physique.

Résultat :

Mesure du nombre d'écoles et de structures de loisirs développant des activités de promotion de l'activité physique et d'une alimentation équilibrée.

Mesure du nombre d'actions menées, par années, et des niveaux de classes concernés.

Mesure de la participation des parents en fonction de leur profil aux événements/temps festifs organisés sur la promotion de l'activité physique et d'une alimentation équilibrée.

Evaluer l'amélioration (ou non) de la qualité et de la quantité concernant les goûters donnés aux enfants à partir de l'observation des professionnels des écoles et des centres de loisirs.

FICHE ACTION 13 : Améliorer la santé bucco-dentaire des enfants

Problème identifié : Une partie des enfants, notamment de milieux défavorisés, a une hygiène bucco-dentaire défavorable et pas de suivi par un chirurgien-dentiste. Les difficultés d'hygiène bucco-dentaire et l'absence de suivi et de soins dentaires peuvent entraîner une aggravation des difficultés (caries dentaires, caries sur germes des dents définitives, ...). Ces dernières ont un impact très négatif sur la santé : difficultés à manger, difficultés à parler, infections et douleurs, notamment, mais aussi stigmatisation si les dents abîmées sont visibles.

Objectif général : Promouvoir la santé bucco-dentaire auprès des enfants et de leur famille

Publics cible : Parents, enfants

Objectifs spécifiques (OS) :

OS 1 : Sensibiliser les familles aux enjeux de santé en lien avec l'hygiène et le suivi bucco-dentaire, à l'intérêt du suivi et du dépistage régulier (hors situations d'urgence) en matière de santé bucco-dentaire

OS 2 : Sensibiliser les enfants aux enjeux et bonnes pratiques de santé en lien avec l'hygiène et le suivi bucco-dentaire

Activités à déployer par objectif spécifique :

OS 1 : Sensibiliser les familles aux enjeux de santé en lien avec l'hygiène et le suivi bucco-dentaire, à l'intérêt du suivi et du dépistage régulier (hors situations d'urgence) en matière de santé bucco-dentaire

- Communiquer auprès de familles sur le dispositif CPAM « génération sans caries » (Ex M'T dents)
- Former /accompagner les familles à recourir / anticiper les rendez-vous de prévention bucco-dentaire pour éviter les situations d'urgence
- Sensibiliser les professionnels de crèches pour intervenir auprès des familles /guider les familles pour hygiène bucco-dentaire

OS 2 : Sensibiliser les enfants aux enjeux et bonnes pratiques de santé en lien avec l'hygiène et le suivi bucco-dentaire

- Soutenir les actions d'encouragement au brossage des dents après la cantine/après les repas dans les écoles
 - Informer sensibiliser les professionnels des écoles sur ces enjeux
 - Encourager les enseignants à promouvoir le brossage auprès des enfants
 - Soutenir le déploiement de personnel scolaire pour aider les enfants au brossage des dents (besoin d'accompagnement des enfants par personnel du périscolaire)
 - Faciliter le développement du brossage dans les structures
- Soutenir les actions de dépistages bucco-dentaire en école primaire par des dentistes volontaires
- Développer l'accompagnement des enfants dépistés vers les soins

Porteur pressenti : CPAM, Promotion Santé Ain

Ressources et partenaires possibles : Education Nationale, Promotion Santé Ain, Communes, UFSBD, Ordre des chirurgiens-dentistes, CPTS, CPAM, CD 01 (PMI), URPS dentaire

Calendrier prévisionnel : A définir par le copil de lancement

Indicateurs d'évaluation :

Processus :

OS1 : Déploiement effectif d'actions de sensibilisation des familles/parents sur les enjeux et bonnes pratiques. Sensibilisation effective des professionnels de crèches à ces enjeux.

OS 2 : Sensibilisations effectives des enfants aux enjeux et bonnes pratiques en matière d'hygiène et de suivi bucco-dentaire.

Formation effective des professionnels des écoles à la promotion de l'hygiène bucco-dentaire.

Développement effectif du temps dédié à l'accompagnement des enfants au brossage des dents après la cantine par des professionnels des temps périscolaires.

Développement d'actions de dépistage bucco-dentaire en école primaire par des dentistes volontaires.

Développement effectif de l'accompagnement de familles pour accéder aux soins bucco-dentaires après un dépistage réalisé à l'école, en crèche, ...

Résultats :

Mesure du taux de participation des enfants du territoire au dispositif « génération sans caries » pendant la durée du CLS (données CPAM).

Mesure du recours aux soins bucco-dentaires par les enfants du territoire (données SNDS).

Mesure de l'évolution des temps de « brossage accompagné », après la cantine, dans les écoles du territoire (ponctuel, régulier, pour quels niveaux de classes, ...).

FICHE ACTION 14 : Favoriser la prévention, le dépistage et l'accompagnement du diabète
<p>Problème identifié : Les bases de données en santé montrent une présence importante du diabète sur le territoire, particulièrement sur la commune de Bourg-en-Bresse. Les données épidémiologiques, au niveau national et mondial, montrent que cette pathologie est en augmentation constante et qu'elle frappe davantage les personnes modestes ou en précarité. Or le diabète de type 2 (largement le plus fréquent) est une pathologie très fortement liée au mode de vie (essentiellement alimentation déséquilibrée et sédentarité) et complexe à gérer, qui peut dégrader fortement la qualité de vie et la santé mentale (stress, anxiété, dépression), entraîner des comorbidités (cécité, amputations, cancer du pancréas, ...) et réduire l'espérance de vie.</p>
<p>Objectif général : Réduire l'incidence du diabète chez les habitants et favoriser une stabilisation du diabète en prévenant l'apparition de complications chez les personnes déjà concernées</p>
<p>Publics cible : tous les publics</p>
<p>Objectifs spécifiques (OS) :</p> <p>OS 1 : Développer la prévention primaire du diabète en population générale</p> <p>OS 2 : Développer la prévention secondaire et tertiaire pour les personnes déjà concernées par le diabète</p>
<p>Activités à déployer par objectif spécifique :</p> <p>OS 1 : Développer la prévention primaire du diabète en population générale</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer un réseau local d'acteurs autour de la prévention du diabète <ul style="list-style-type: none"> - Développer l'information/actions de sensibilisation du grand public sur le risque de diabète et les moyens de prévenir cette maladie - Sensibiliser aux liens entre alimentation, activité physique et diabète - Soutenir les actions d'encouragement à l'activité physique sur publics ciblés (ateliers/sorties CARSAT, CLIC en local / couplées à « journées santé ») avec CPTS • Communiquer auprès du grand public sur tous les moyens/ressources existants de dépistage du diabète <ul style="list-style-type: none"> - Avec associations, médias : AFD 01, radio B, ... - Diffuser informations sur TROD/test diabète dans lieux publics/accueillant du public • Soutenir le développement concret de la pratique de tests dépistage dans les 3 communes <ul style="list-style-type: none"> - Développer le réseau local pour informer/orienter les habitants vers les ressources de dépistage/tests - Développer l'activité de sensibilisation et dépistage (pharmacies, ...) - Renforcer la présence de la Croix-Rouge et de l'AFD01 dans les communes et quartiers - Proposer les tests de glycémie lors d'événements existants <p>OS 2 : Développer la prévention secondaire et tertiaire pour les personnes déjà concernées par le diabète</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un système de rappel des personnes qui ont un test de glycémie positif • Développer les actions/dispositifs d'orientation et d'accompagnement vers ressources adaptées <ul style="list-style-type: none"> - Communiquer sur le programme SOFIA/Education thérapeutique du patient (ETP) - Communiquer sur le suivi et l'accompagnement qui est réalisé par les infirmiers libéraux
<p>Porteur pressenti : CPAM, CPTS</p>
<p>Ressources et partenaires possibles : Professionnels de santé libéraux du territoire/CPTS, CPAM, Ain Appui, DAPAP, CARSAT, CLIC, AFD 01, acteurs de l'insertion par l'emploi, CH Bourg (Education thérapeutique du patient), Basiliade (lits halte soins santé), centres sociaux, association Pèse-plume, association Ciel Bleu (APA), infirmières des résidences autonomie</p>
<p>Calendrier prévisionnel : A définir par le copil de lancement</p>
<p>Indicateurs d'évaluation :</p> <p><u>Processus :</u></p> <p>OS1 : Mise en place effective d'un réseau local d'acteurs, dédié à la prévention du diabète. Mise en place effective d'actions de communication auprès du grand public sur les ressources.</p> <p>OS2 : Mise en place effective d'un système de rappel systématique des personnes avec un test positif. Réalisation effective d'actions d'informations auprès de personnes diabétiques sur les programmes SOFIA/ETP, l'accompagnement possible par les IDEL, ...</p> <p><u>Résultat :</u></p> <p>Mesure du nombre de tests de glycémie réalisés lors d'actions ponctuelles, en pharmacies, et son évolution. Mesure du nombre de patients diabétiques qui s'engagent dans le programme SOFIA ou autres programmes d'ETP, sur le territoire, et évolution de ce nombre. Mesure de l'évolution du nombre d'habitants du territoire hospitalisés pour diabète et complications liées au diabète (données PMSI).</p>

FICHE ACTION 15 : Améliorer la participation aux dépistages organisés des cancers	
<p>Problème identifié : Les taux de participation aux dépistages des cancers (cancer du sein, cancer du col de l'utérus, cancer colorectal) sont sur le territoire, inférieurs aux valeurs de référence, voire aux valeurs régionales pour certaines parties du territoire.</p> <p>Or le dépistage permet la détection précoce de ces cancers, une prise en charge précoce et de meilleures chances de guérison.</p>	
<p>Objectif général : Améliorer le repérage précoce du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal par un meilleur recours au dépistage de toutes les populations concernées, avec une attention particulière aux publics précaires, largement sous-dépistés</p>	
<p>Publics cible : tous les publics</p>	
<p>Objectifs spécifiques (OS) :</p> <p>OS 1 : Encourager le grand public à participer aux dépistages organisés du cancer</p> <p>OS 2 : Faciliter la participation du public vulnérable</p> <p>OS 3 : Développer/faciliter le développement d'une culture du dépistage et de la prévention</p>	
<p>Activités à déployer par objectif spécifique :</p> <p>OS 1 : Encourager le grand public à participer aux dépistages organisés du cancer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mener des actions de communication au plus près des publics sur les bénéfices du dépistage du cancer colorectal, du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus • Renforcer la communication sur les moyens/ acteurs locaux des dépistages • Elargir la diffusion de la « lettre d'information partenaires » de la CPAM au territoire du CLS <p>OS 2 : Faciliter la participation du public vulnérable</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer aide à récupération invitations sur site AMELI • Diffuser des informations adaptées (FALC) • Déconstruire les représentations sur les dépistages, lever les freins en organisant des ateliers au plus près des publics concernés • Accompagner vers le dépistage <p>OS 3 : Développer/faciliter le développement d'une culture du dépistage et de la prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Communiquer sur l'intérêt du dépistage dermatologique (carcinomes, mélanomes) + risques solaires • Communiquer sur les facteurs de risques favorisant l'apparition de cancers (tabac, alcool, surpoids) et sur les moyens de prévention (alimentation équilibrée, activité physique régulière, ...) 	
<p>Porteur pressenti : Centre Régional de Dépistage des Cancers (CRCDC)</p>	
<p>Ressources et partenaires possibles : Professionnels de santé (pharmaciens, médecins, sages-femmes, pharmaciens, infirmiers, kinés, dentistes, ...), Communes, Centres de Santé Sexuelle du CD 01, Croix-Rouge, Centre de santé publique (CSP) du CH Bourg, Ligue contre le cancer, Structures d'insertion, Centres sociaux, Médiatrice santé, agents de santé, adultes relais,</p>	
<p>Calendrier prévisionnel : A définir par le copil de lancement</p>	
<p>Indicateurs d'évaluation :</p> <p><u>Processus :</u></p> <p>OS1 : Réalisation effective d'actions de communication auprès du grand public (écrites et orales) sur les bénéfices du dépistage du cancer colorectal, du cancer du sein, du cancer du col de l'utérus.</p> <p>OS2 : Diffusion effective d'informations à destination des publics vulnérables, réalisation effective d'actions d'aide et d'accompagnement au dépistage des cancers, des publics vulnérables.</p> <p>OS3 : Diffusion effective d'information/mise en place d'actions d'information sur l'intérêt/le bénéfice des autres dépistages possibles/recommandés concernant divers cancers et sur la prévention des cancers.</p> <p><u>Résultat :</u></p> <p>Mesure de l'évolution du taux de participation aux dépistages organisés du cancer du sein, cancer colorectal, chez les habitants du territoire (données CRDC), et mesure du dépistage du cancer du col de l'utérus (données SNDS ou CRDC).</p> <p>Mesure du recours aux consultations de dermatologie pour les habitants du territoire (données SNDS).</p>	

FICHE ACTION 16 : Préserver l'autonomie des personnes âgées et leur maintien à domicile	
Problème identifié :	La perte d'autonomie liée au vieillissement peut être, en partie, prévenue par une bonne hygiène de vie et par des déterminants favorables à la santé (logement, ville, lien social, ...). Elle peut aussi être repérée précocement et accompagnée pour maintenir une bonne qualité de vie et santé des personnes concernée, et éviter une accélération de la perte d'autonomie et une dégradation de la situation de la personne concernée, avec un impact négatif sur la santé psychique et physique
Objectif général :	Maintenir l'autonomie, la qualité de vie et la santé des séniors
Publics cible :	Personnes âgées
Objectifs spécifiques (OS) :	<p>OS 1 : Prévenir et repérer précocement les signes de dépendance/perte d'autonomie (cognition, mobilité, vision, audition, ...) et aider les personnes concernées à maintenir leur autonomie, santé et qualité de vie</p> <p>OS 2 : Développer des ressources appropriées pour aider au maintien de l'autonomie</p>
Activités à déployer par objectif spécifique :	<p>OS 1 : Prévenir et repérer précocement les signes de dépendance/perte d'autonomie (cognition, mobilité, vision, audition, ...) et aider les personnes concernées à maintenir leur autonomie, santé et qualité de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> Mutualisation des connaissances sur les ressources et les orientations adaptées selon les situations et les besoins identifiés : <ul style="list-style-type: none"> Le Clic et son rôle La Cellule de Prévention de la détresse de la personne âgée (Ain Appui) Les formations pour les professionnels « Sentinelles » (pour évaluation-orientation vers certaines ressources de « bien vieillir », évènements culturels, ...) Informers sur l'existence du site « pour bien vieillir.fr » (AGIRC-ARRCO) Les bilans CARSAT (liens avec autres partenaires, aides possibles, prévention ...) Communiquer sur les registres/listes des personnes âgées des 3 communes Développer /diffuser l'informations sur les bilans ICOPE (60-70 ans) : application d'auto-évaluation, avec l'aide d'acteurs locaux (centres sociaux, ...) <p>OS 2 : Développer des ressources appropriées pour aider au maintien de l'autonomie</p> <ul style="list-style-type: none"> Développer les aides/formations au numérique Développer les diagnostics en marchant pour repérer les besoins/solutions possibles afin de rendre les villes favorables à la santé des séniors (Ville amies des aînés) / Urbanisme Favorable à la Santé des seniors <ul style="list-style-type: none"> Sensibilisation sur conduite automobile et mobilité piétons chez les seniors Communiquer sur l'offre existante d'activité physique, balades urbaines Sensibiliser le grand public sur lien entre lien social/bien-être/bien-vieillir <ul style="list-style-type: none"> Développer les ressources de lien social (repas fin d'année, distribution des coffrets, ...) Développer les sensibilisations auprès des seniors sur l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire Soutenir la mise en place d'ateliers mémoire Faciliter l'accès des publics concernés aux ressources de santé (mobilité) Informers/soutenir sur l'adaptation des logements
Porteur pressenti :	CLIC, Ain Appui, CPTS, CD 01, Communes
Ressources et partenaires possibles :	CPTS, Service départemental autonomie CD (APA), CMPPA, Ain Appui, CLIC, Mairies , CCAS , MSA , Collectif des aidants , CARSAT , SAD (possible de véhiculer seniors, soutien aux aidants) , SOLIHA, Humanis , Association Part 'âge (cohabitation intergénérationnelle), Rubis PMR ; Transport à la demande, Résidences seniors, résidences autonomie, EHPAD et MARPA , Appel à projet de Commission des financeurs, France Services (aide numérique), CRT , Lien CLSM : prévention suicide
Calendrier prévisionnel :	A définir par le copil de lancement
Indicateurs d'évaluation :	<p><u>Processus :</u></p> <p>OS1 : Mise en place effective d'un support de mutualisation intercommunal des informations, ressources, ...</p> <p>OS2 : Mise en place effective de « diagnostics en marchant », avec des habitants des 3 communes pour repérer les besoins/solutions possibles afin de rendre les villes favorables à la santé des séniors.</p> <p>Réalisation effective d'actions d'informations/ communication auprès des habitants sur les ressources.</p> <p><u>Résultat :</u></p> <p>Mesure du nombre d'acteurs participant à une instance de mutualisation des informations/ressources, et mesure de l'évolution du nombre de participants et du profil d'acteurs.</p> <p>Mesure de la satisfaction des professionnels membres de cette instance par rapport à l'objectif d'interconnaissance et mutualisation des ressources.</p> <p>Mesure de la participation des habitants aux actions collectives déployées (diagnostics en marchant, participation à des balades urbaines, à des ateliers-mémoire, ...).</p>

Glossaire

ALD	Affection Longue Durée
AFD	Association Française des Diabétiques
APA	Activité Physique Adaptée
APAJH	Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés
ARS	Agence Régionale de Santé
ASV	Atelier Santé Ville
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAMPS	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CD 01	Conseil Départemental de l'Ain
CDS	Centre Départemental de Solidarité
CDOS	Comité Départemental Olympique Sportif
CH	Centre Hospitalier
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique
CLS	Contrat Local de Santé
CLSM	Conseil Local en Santé Mentale
CISPD	Conseil Intercommunal de Sécurité et de Prévention de la Délinquance
CMP	Centre Médico-Psychologique
CNFPT	Centre National de la Fonction Publique Territoriale
COS	Cadre d'Orientation Stratégique (ARS)
COSM	Coordination en Santé Mentale
CPA	Centre Psychothérapique de l'Ain
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRCDC	Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSE	Comité Social et Economique
CSP	Catégorie Socio-Professionnelle
CSP	Centre de Santé Publique
CTG	Convention Territoriale Globale (CAF)
DAC	Dispositif d'Appui à la Coordination
DAPAP	Dispositif d'Accompagnement vers la Pratique d'Activités Physiques
DRE	Dispositif de Réussite Educative
DSDEN	Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale
EIRAD	Entente Interdépartementale Rhône-Alpes pour la Démoustication
ESMS	Établissements ou Services Médico-Social
ETP	Équivalent Temps Plein
ETP	Education Thérapeutique du Patient
FALC	Facile A Lire et à Comprendre
FNE	France Nature Environnement
GBA	Grand Bourg Agglomération
IDE	Infirmière Diplômée d'État
IFSI	Institut de Formation aux Soins Infirmiers
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MDA	Maison Départementale de l'Autonomie

MJC	Maison des Jeunes et de la Culture
MG	Médecin Généraliste
MILDECA	Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives
MSA	Mutualité Sociale Agricole
NO₂	Dioxyde d'azote
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONAPS	Observatoire National de l'Activité Physique et de la Sédentarité
ONF	Office National des Forêts
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PACAP	Petite enfance Alimentation Corpulence et Activité Physique
PAEJ	Point Accueil Ecoute Jeunes
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PCO	Plateforme de Coordination et d'Orientation
PEL	Projet Educatif Local
PM 2,5	Particules fines (entités solides de diamètre inférieur à 2,5 µm).
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMR	Personne à Mobilité Réduite
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins pour les plus démunis (ARS)
PRS	Plan Régional de Santé (ARS)
PRSE	Plan Régional de Santé Environnement (ARS)
PSSM	Premiers Secours en Santé Mentale
PTSM	Projet Territorial de Santé Mentale
QPV	Quartier en Politique de la Ville
RASED	Réseau d'Aides Spécialisées aux Elèves en Difficultés
REPPOP	Réseau de Prévention et de Prise en charge de l'Obésité en Pédiatrie
SDF	Sans Domicile Fixe
SISM	Semaines d'Information sur la Santé Mentale
SOPHIA	Service d'accompagnement des malades chroniques destiné aux personnes diabétiques et asthmatiques (Assurance Maladie)
SRS	Schéma Régional de Santé (ARS)
SST	Service de la Santé au Travail
TROD	Test Rapide d'Orientation Diagnostique
UNAFAM	Union Nationale des Amis et Familles de personnes Malades et/ou handicapées psychiques
UFSBD	Union Française de Santé Bucco-Dentaire
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé libéraux
UTEP	Unité Territoriale d'Education du Patient
VSL	Véhicule Sanitaire Léger