

# CONTRAT LOCAL DE SANTÉ 2026-2030

De la Communauté d'Agglomération de  
Montélimar Agglomération

*Agir ensemble pour réduire les inégalités sociales et  
territoriales de santé*

Montélimar  
Agglomération  
RHÔNE & PROVENCE

RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE  
Liberté  
Égalité  
Fraternité

ars  
Agence Régionale de Santé  
Auvergne-Rhône-Alpes

PRÉFÈTE  
DE LA DRÔME  
Liberté  
Égalité  
Fraternité

ACADÉMIE  
DE GRENOBLE  
Liberté  
Égalité  
Fraternité

- LA  
D R Ô  
M E -  
LE DÉPARTEMENT

l'Assurance  
Maladie  
Agir ensemble, protéger chacun

Drôme

santé  
famille  
retraite  
services

ALLOCATIONS  
FAMILIALES  
Caf  
de la Drôme

CPTS  
Communauté Professionnelle Territoriale de Santé  
PORTES DE PROVENCE

Centre Hospitalier  
DRÔME VIVARAIS  
Psychiatrie  
adulte & enfant

ÉTABLISSEMENTS  
Sainte-Marie  
ARDÈCHE - DRÔME

GROUPEMENT  
HOSPITALIER  
MONTÉLIMAR  
DIEULLEVANT - GORGONNE  
PORTES DE PROVENCE

## Table des matières

<b>EDITO.....</b>	<b>4</b>
<b>PREAMBULE.....</b>	<b>5</b>
Présentation des Contrats Locaux de Santé .....	5
Le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM), volet santé mentale du CLS .....	5
Historique du Contrat Local de Santé de l'agglomération de Montélimar .....	6
<b>PARTIE 1 : ENJEUX DU CONTRAT LOCAL DE SANTE POUR LES SIGNATAIRES .....</b>	<b>7</b>
Articulation des politiques publiques ayant un impact sur la santé .....	7
Présentation du territoire de l'Agglomération de Montélimar .....	11
Les principaux éléments du Diagnostic Local de Santé (DLS) partagé .....	12
1-Principales caractéristiques sociodémographiques : une population vieillissante et une dynamique de population jeune .....	14
2-L'offre et le recours aux soins et à la prévention bénéficient de ressources locales à renforcer et à développer .....	15
2-1 Offre de recours aux soins .....	15
2-2 Offre de prévention.....	17
3-État de santé de la population .....	19
3.1. Un état général de santé moins bon qu'au niveau régional .....	19
3.2. Une prépondérance des cancers, notamment du poumon .....	20
3.3. Des maladies cardio-vasculaires au même niveau que les taux régionaux .....	20
3.4. Le diabète et les maladies respiratoires génèrent des taux contrastés entre la ville centre et les communes rurales, largement supérieurs ou inférieurs aux taux régionaux.....	20
4- Les problématiques de santé mentale sont particulièrement préoccupantes .....	21
5-Les personnes en situation de handicap restent soumises à des parcours de santé complexes.....	23
6. La santé environnementale .....	24
6.1 Les particules fines et l'ambrosie détériorent la qualité de l'air extérieur de l'agglomération .....	24
6.2 Globalement, une eau de bonne qualité.....	24
6.3 Globalement, le risque de radon dans le sol est peu élevé.....	25
6.4 Le logement, facteur de bonne santé et de prévention, un enjeu pour les communes. ....	25
6.5 Les mobilités sur le territoire s'appuient sur les véhicules motorisés individuels, les ressources collectives existantes sont insuffisantes pour accéder aux soins .....	25
6.6 Réchauffement climatique et périodes caniculaires.....	26
Article 1 : Parties Signataires .....	28
Article 2 : Partenaires non-signataires concourant au contrat .....	28
Article 3 : Périmètre d'application du contrat : territoire et population.....	28
Article 4 : Durée et révision.....	28
Article 5 : Axes et objectifs stratégiques .....	29
Article 6 : Engagement des signataires .....	30
Article 7 : Les instances de gouvernance .....	30
Article 8 : Les modalités de suivi et d'évaluation .....	31
Article 9 : Documents annexés au présent contrat .....	31
<b>SIGNATURE DU CONTRAT LOCAL DE SANTE DE MONTÉLIMAR AGGLOMÉRATION .....</b>	<b>32</b>
<b>PARTIE 3 : LES FICHES ACTIONS 2026-2030.....</b>	<b>34</b>
Introduction .....	34
Axe Stratégique 1- Renforcer l'offre et l'accès à la santé .....	35
1 - Agir pour favoriser l'installation de nouveaux professionnels de santé par l'attractivité du territoire et renforcer l'offre municipale .....	36

2 - Faciliter le parcours de santé pour réduire le sous-recours .....	38
3 - Favoriser l'accès à Ma mutuelle Région Auvergne-Rhône-Alpes .....	40
4 - Renforcer et développer la médiation santé sur le territoire .....	42
5 - Agir pour améliorer la santé des personnes en situation de handicap .....	44
<b>Axe Stratégique 2-Promouvoir la santé mentale .....</b>	<b>46</b>
6 - Installer et animer un Conseil Local de Santé Mentale .....	47
7 - Créer une antenne ou Maison Des Adolescents (MDA) et un Point d'Accueil et d'Ecoute Jeunes (PAEJ) .....	49
8 - Contribuer au Réseau Addictologie Psychiatrie Précarité (RAPP) .....	54
9 - Poursuivre des soirées Santé Mentale et Addictologie .....	56
10 - Poursuivre et développer des actions de déstigmatisation .....	58
11 - Former au risque suicidaire et développer un réseau d'acteurs .....	61
12 - Développer une dynamique de prévention partagée entre acteurs du territoire .....	63
<b>Axe Stratégique 3 -Poursuivre et développer la prévention.....</b>	<b>65</b>
13 - Contribuer à améliorer la participation aux dépistages (cancers, bucco-dentaire, diabète) .....	66
14 - Contribuer à améliorer la vaccination (grippe pour les seniors, HPV pour les jeunes) et sensibiliser le public à la vaccination .....	69
15 - Projet PACAP « nutrition rythme de vie du jeune enfant » .....	71
16 - Projet atelier de cuisine collectif .....	73
17 - Projet Jardin potager collectif .....	75
18 - Prévention auprès des seniors et des aidants .....	77
<b>Axe Stratégique 4 - Cadre de vie, un territoire résilient pour la santé .....</b>	<b>79</b>
19 - Renforcer le repérage et le traitement des situations de mal logement .....	80
20 - Recenser, promouvoir et communiquer sur des projets intégrant des aménagements, végétalisés et favorables à la santé .....	82
21 - Intégrer la santé dans les orientations du PADD du PLUI-H, se former pour appliquer les recommandations de l'UFS dans les projets d'aménagement .....	84
22 - Intégrer la santé dans le plan de mobilité simplifié .....	86
23 - Développer la marchabilité pour tous et accompagner les mobilités actives .....	89
<b>Axe Transversal -Coordination du Contrat Local de Santé.....</b>	<b>92</b>
24 - Coordonner la dynamique autour du Contrat Local de Santé et du Conseil Local de Santé Mentale .....	93
25 - Impulser une dynamique intersectorielle avec les acteurs autour du Contrat local de Santé et du Conseil Local de Santé Mentale .....	95
26 - Favoriser l'accès à l'information .....	97
<b>Glossaire .....</b>	<b>99</b>

## EDITO

**JULIEN CORNILLET**

**Président de la Communauté d'Agglomération de Montélimar Agglomération**

**BRUNO ALMORIC**

**Vice-Président en charge de la politique communautaire d'action sociale, de la santé, des seniors et du handicap**

Notre territoire de 27 communes et de près de 70 000 habitants place la santé au cœur de son action publique. Bien consciente des défis actuels, notamment l'accès aux soins, le vieillissement de la population, les conséquences du changement climatique et les inégalités sociales et territoriales, notre collectivité entend répondre de manière coordonnée et ambitieuse à ces enjeux majeurs.

Il est important de réfléchir collectivement aux enjeux de santé de notre territoire et de mettre en œuvre une politique locale de santé partagée. En tant qu'élus, nous entendons les demandes et les préoccupations des habitants en matière de santé, dont celle de l'accès aux soins.

Nous avons dès lors un enjeu important d'attractivité et un rôle de facilitateur pour l'implantation de nouveaux professionnels de santé dont les médecins généralistes. Il nous faut également poursuivre et développer la prévention et favoriser le développement d'une offre faisant défaut en proximité, notamment pour la santé mentale de notre jeunesse, sujet largement évoqué dans le diagnostic local de santé.

Nous avons bien conscience que les politiques que nous menons et développons peuvent avoir un impact sur la santé ou sur l'accessibilité à l'offre de santé déjà existante. Les défis sont nombreux tout comme parfois les coûts.

Parce que l'OMS définit la santé comme un état de bien être, allant au-delà du soin, Montélimar Agglomération investit également dans la santé par de nouvelles dynamiques territoriales, en la prenant en compte dans toutes les politiques publiques comme le Projet Alimentaire Territorial (PAT) qui a rassemblé les acteurs concernés par l'alimentation, en incluant les dimensions économiques, sociales, éducatives, culturelles, environnementales et de santé. Il a pour objectif, entre autres, de permettre à tous l'accessibilité à une alimentation saine, de qualité, locale et durable. Elle s'est aussi engagée dans un Plan Climat Air Energie Territorial (PCAET), une Convention Territoriale Globale (CTG), l'élaboration d'un Plan Local d'Urbanisme intercommunal-Habitat (PLUi-H) où les questions de santé ont été identifiées et incluses.

Par ailleurs, convaincu du lien entre la dimension locale et globale, les élus de l'agglomération soutiennent le choix de construire le Schéma de Cohérence Territoriale (SCoT) Rhône Provence Baronnies (230 000 habitants, 177 communes structurées en 8 EPCI) autour des enjeux de santé, identifiés comme prioritaires pour répondre aux défis du territoire : vieillissement de la population, difficultés d'accès aux soins et menaces sanitaires liées au changement climatique : intempéries, canicules, nouvelles maladies vectorielles, ... Cette articulation appuiera des réalisations concrètes au plus près des besoins locaux.

En s'attachant à toutes les dimensions de la santé, le Contrat Local de Santé de l'Agglomération de Montélimar, nous l'espérons, contribuera à consolider le maillage des acteurs du territoire, pourra s'appuyer ou s'adosser sur les politiques publiques portées par nos partenaires, et consolidera le pouvoir être agir ensemble pour la santé de tous avec une attention particulière envers les publics les plus en difficultés en raison de leurs conditions de vie.

## **PREAMBULE**

### **Présentation des Contrats Locaux de Santé**

Un Contrat Local de Santé (CLS) est un outil porté conjointement par l'Agence Régionale de Santé et une collectivité locale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé.

Instrument de consolidation du partenariat local, les Contrats Locaux de Santé sont un levier contractuel d'animation territoriale visant à renforcer les partenariats sur un territoire pour décloisonner et articuler les politiques publiques en faveur de la santé. Ils visent à intervenir sur la prévention, la promotion, l'accès aux soins, aux besoins médico-sociaux, la santé mentale, et les déterminants environnementaux, selon une approche globale de la santé.

Ils identifient les territoires vulnérables et s'attachent à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Ils cherchent à améliorer les contextes environnementaux et sociaux qui déterminent *in fine* l'état de santé des populations.

En coordonnant l'action des différents intervenants locaux, les CLS cherchent à développer l'efficacité des actions définies dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence Régionale de Santé Auvergne Rhône Alpes (ARS ARA), en les adaptant au contexte et aux besoins locaux et en les articulant avec les projets de santé portés par les collectivités territoriales et leurs partenaires, à destination des publics les plus fragiles.

D'un point de vue législatif, les contrats locaux de santé font l'objet de dispositions dans le cadre de la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 instituée par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire. La Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé a conforté l'existence des Contrats Locaux de Santé dans le cadre du renforcement de l'animation territoriale.

L'article L1434-10 du Code de la santé publique pose le cadre général en affirmant que « *L'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire* ».

L'article L.1434-17 du Code de la santé publique précise que *"la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence [régionale de santé], notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social"*.

La Loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine dispose en son article 1 que la politique de la ville vise à « Développer la prévention, promouvoir l'éducation à la santé et favoriser l'accès aux soins » dans les quartiers défavorisés.

Dans le cadre du nouveau cycle de contrats de ville 2024-2030, le plan « Quartiers 2030 », celui de Montélimar a pris en compte les problématiques de santé exprimées par les habitants lors des ateliers de concertation. Le contrat local de santé, qui s'appuie sur les dispositifs de droit commun en santé, s'articule avec le contrat de ville en visant avec lui la mobilisation du droit commun pour les quartiers prioritaires dont il est démontré qu'ils en bénéficient moins aujourd'hui.

Enfin, la Loi du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et la simplification (dite 3DS), a enrichi l'article L.1434-10 du Code de la santé publique précité, en précisant que les contrats locaux de santé devaient garantir la participation des usagers, notamment celle des personnes en situation de pauvreté, de précarité ou de handicap.

### **Le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM), volet santé mentale du CLS**

À la suite de la Loi 3DS précitée, l'article L.1434-10 du Code de la santé publique établit désormais que les CLS comportent un volet dédié à la santé mentale, venant conforter ainsi l'instruction du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des Conseils Locaux de Santé Mentale. De même, le décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au Projet Territorial de Santé

Mentale (PTSM) précise que « le PTSM vise à développer des espaces de concertation et de coordination locales, notamment les Conseils Locaux de Santé Mentale ou toute commission créée par les collectivités territoriales ayant pour objet la santé mentale ».

Le Conseil Local de Santé Mentale est un outil de démocratie sanitaire et un levier essentiel pour une politique décloisonnée de santé mentale et d'inclusion. Un CLSM est un espace de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants et l'ensemble des professionnels du territoire. Il a pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées. Ses objectifs sont : l'accès aux soins psychiatriques et la continuité des soins, l'insertion sociale, l'autonomie et la citoyenneté des usagers, la lutte contre la stigmatisation, l'information et la promotion en santé mentale.

## Historique du Contrat Local de Santé de l'agglomération de Montélimar

Le présent contrat fait suite à un premier Contrat Local de Santé 2018-2023 porté par la Ville de Montélimar, en partenariat avec l'ARS, l'Etat, la CPAM, la CAF, le Département.

**En décembre 2023**, sur l'invitation de l'ARS, le Président de Montélimar Agglomération, en lien avec le Vice-président en charge de la santé, ont souhaité l'élaboration d'un nouveau Contrat Local de Santé (CLS) couplé à un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) élargi à l'échelle de l'Agglomération, davantage pertinente pour agir sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Le CLS a été construit sur la base d'un Diagnostic Local de Santé partagé à cette échelle, ce qui a entraîné une nouvelle dynamique partenariale et territoriale.

### Le Contrat local de santé s'est construit en plusieurs étapes

La coordination du Contrat Local de Santé installée dès avril 2023, a permis la mise en place d'une gouvernance ayant abouti au présent contrat selon les étapes suivantes :

Dates		Actions
2024	28/03	<b>1<sup>er</sup> comité de pilotage</b> (COPIL) partenarial de préfiguration : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilan du CLS de Montélimar</li> <li>• Validation de la gouvernance</li> <li>• Lancement DLS</li> </ul>
	Avril - juin	Réalisation du <b>Diagnostic Local de Santé (DLS) quantitatif</b>
	3 /07	<b>Présentation du DLS quantitatif en COPIL restreint</b>
	3/07-20/09	<b>Réalisation du DLS qualitatif</b> : 8 groupes de travail 121 participants
	6/11	<b>2<sup>ème</sup> COPIL</b> : Présentation des 2 diagnostics, échanges et compléments, Validation des axes du CLS Validation du calendrier et de la méthodologie d'élaboration du CLS
	6/11	Le Conseil Communautaire approuve la <b>définition de l'intérêt communautaire</b> dont, le <b>Contrat local de Santé</b> et le <b>Conseil Local de Santé Mentale</b>
	19/12	<b>Restitution</b> par l'ORS d'une <b>synthèse des DLS aux acteurs des groupes de travail</b>
2025	27/01	<b>Présentation</b> par la Coordinatrice d'un résumé des <b>DLS en Bureau des Maires</b>
	05/02	<b>Présentation</b> par la Coordinatrice d'un résumé des <b>DLS en Commission Famille</b>
	Février	Envoi du DLS qualitatif aux acteurs pour relecture, modification, complément
	Avril	<b>2 groupes de travail partenariaux pour rédaction de fiches actions</b>
	Fin avril	Le <b>DLS qualitatif est finalisé</b> par l'ORS
	15/09	<b>Validation du plan d'actions en COPIL restreint</b>
	20/09-10/10	<b>11 groupes de travail partenariaux pour rédaction de fiches actions</b>
	Oct-nov	Finalisation du projet de CLS et validation par ARS
	17/12	Conseil communautaire d'approbation

## **PARTIE 1 : ENJEUX DU CONTRAT LOCAL DE SANTE POUR LES SIGNATAIRES**

Le Contrat local de santé constitue un plan pluriannuel d'actions en matière de santé. Il est élaboré à l'échelle du territoire de la Communauté d'Agglomération de Montélimar Agglomération par plusieurs partenaires, de manière à en faire un outil de planification commun.

A travers ce contrat, les signataires s'engagent autour d'une stratégie partagée et font la promotion d'une culture commune en matière de santé. Les actions du contrat reposent sur la synergie entre les priorités de chacun, concourant à améliorer la santé des populations et contribuant à la réduction des inégalités sociales et territoriales.

### **Articulation des politiques publiques ayant un impact sur la santé**

Les différents signataires mettent en œuvre, dans leurs champs de compétences respectifs, des politiques publiques ayant un impact direct ou favorable sur la santé.

La multiplicité d'acteurs entraîne souvent un foisonnement des actions pouvant paraître peu lisible. Le Contrat Local de Santé a ainsi pour objectif de coordonner et d'articuler l'ensemble de ces politiques publiques et des actions qu'elles déclinent, au sein d'un programme d'action commun, afin de favoriser un engagement partagé autour des enjeux de santé, dans le cadre général du Plan Régional de Santé.

Ainsi, les signataires considèrent que la signature du Contrat Local de Santé constitue une opportunité de conforter et développer les politiques que chacun mène ou soutient sur son territoire, présentées de manière synthétique ci-dessous.

#### **L'Etat (Préfecture de la Drôme)**

La Préfecture garantit l'implication des services de l'État dans la mise en œuvre d'une **stratégie de "santé dans toutes les politiques publiques"**, essentielle pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Son action se situe au croisement de nombreuses politiques publiques susceptibles d'influer sur la santé.

#### **L'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes (ARS ARA)**

Co-pilote du Contrat Local de Santé avec la Communauté d'Agglomération de Montélimar Agglomération, l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes contribue à sa mise en œuvre et à sa cohérence avec les orientations du Projet Régional de Santé (PRS), lequel comprend notamment le Schéma Régional de Santé et le Programme régional d'Accès à la Prévention et aux Soins, ses deux composantes principales.

Le **Projet Régional de Santé** Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 comporte 6 orientations stratégiques:

1. Renforcer, en lien avec les autres porteurs de politiques publiques, la place de l'éducation à la santé, de la prévention et de la promotion de la santé,
2. Favoriser l'accès à la santé,
3. Améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé par une organisation en parcours, reposant prioritairement sur l'ambulatoire et par le soutien à domicile,
4. Renforcer la démocratie en santé et les relations partenariales entre les professionnels et les usagers,
5. Renforcer la promotion et le respect des droits des usagers,
6. Adapter le système de santé en s'appuyant sur les innovations.

Elle co-pilote également, avec la Préfecture de région, le **Plan Régional Santé Environnement 2024-2028**, auquel elle contribue au niveau régional et dans sa déclinaison territoriale.

L'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes vient en appui pour la méthodologie d'élaboration, l'évaluation du CLS, la mise en place des actions le temps du contrat. Elle soutient financièrement la coordination.

### **La Communauté d'Agglomération de Montélimar Agglomération**

A l'initiative du CLS, la Communauté d'Agglomération de Montélimar Agglomération, le co-pilote avec l'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes.

Elle garantit sa mise en œuvre en portant un poste de coordination co-financé avec l'ARS, et en impliquant ses services dans la réalisation des actions. Elle favorise la participation des communes et de leurs services.

Elle favorise la mise en **réseau des actions des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS)** des communes, avec un appui technique aux actions menées, confié au CCAS de la Ville de Montélimar.

Elle est signataire du **contrat de ville 2024/2030 « Quartiers 2030 »** intégrant les problématiques de santé des habitants des quartiers concernés.

Elle s'est engagée conjointement avec la CAF de la Drôme dans une **Convention territoriale globale**, pour une période de 5 ans. Elle constitue un cadre politique de référence où l'ensemble des interventions et des moyens offerts par la branche Famille est mobilisé.

Elle porte volontairement un **Plan Alimentaire Territorial** qui investit un déterminant majeur de la santé. Dans ce cadre un travail est notamment mené sur la précarité alimentaire.

Elle a défini un **Programme Local de l'Habitat 2021-2027**, outil opérationnel au service de la politique intercommunale de l'habitat de Montélimar Agglomération et du futur plan local d'urbanisme intercommunal. Montélimar Agglomération a réaffirmé en avril 2024 son engagement dans l'élaboration d'un **Plan Local d'Urbanisme intercommunal valant Programme Local de l'Habitat (PLUi-H)**. Il doit permettre l'équilibre et la cohérence entre différents déterminants de la santé : l'habitat, la mobilité, les activités économiques, les équipements, l'urbanisme favorable à la santé, l'environnement.

Le Plan Climat Air Energie Territorial définit la politique et les actions à mettre en œuvre sur le territoire pour faire face aux défis du changement climatique et veiller à la qualité de l'air, déterminants environnementaux de la santé.

### **Le Département de la Drôme**

Le Département de la Drôme, **chef de file de l'action sociale**, porte les politiques de l'enfance et de la famille (protection de l'enfance), des personnes âgées et des personnes en situation de handicap (Maison De l'Autonomie), d'accompagnement social et de protection maternelle et infantile, de logement et d'insertion. Il intervient dans différents champs de la prévention, à tous les âges de la vie.

Il porte également une politique volontariste de santé en accompagnant les professionnels de santé dans leur parcours professionnel, de l'internat à l'installation de nouveaux médecins généralistes. Auprès des collectivités, il apporte son ingénierie dans les créations de maisons de santé et assure un soutien financier dans l'objectif de redynamiser l'offre de soins pour tous sur l'ensemble du territoire.



## L'Education Nationale

La politique santé de l'Education nationale, intitulée « **école promotrice de la santé** », figure désormais dans le code de l'éducation (articles L121-4-1 et L541-1) qui précisent que les actions de promotion de la santé des élèves font partie des missions de l'Education nationale. L'ensemble des personnels de la communauté éducative participe à cette mission, assurée en priorité par les personnels médicaux, infirmiers, assistants de service social et psychologues de l'éducation nationale, travaillant ensemble de manière coordonnée. A ce titre, les élèves bénéficient, au cours de leur scolarité, d'actions de prévention et d'information, de visites médicales et de dépistage obligatoires, qui constituent leur parcours de santé dans le système scolaire. Les élèves bénéficient également d'actions de promotion de la santé constituant un parcours éducatif de santé.

Le **parcours éducatif de santé** est structuré autour de trois axes :

- l'éducation à la santé, fondée sur le développement des compétences psychosociales en lien avec les programmes d'enseignement et le socle commun de connaissances, de compétences et de culture ;
- la prévention qui regroupe les actions centrées sur une ou plusieurs problématiques de santé prioritaires ayant des dimensions éducatives et sociales, notamment des actions relatives aux conduites à risques ;
- la protection de la santé par le développement d'un environnement favorable à la santé et au bien-être.

Ces actions favorisent à la fois la réussite scolaire et la réduction des inégalités en matière de santé.

## La Caisse d'Allocations Familiales de la Drôme

Organisme de Sécurité sociale, la Caisse d'Allocations Familiales de la Drôme agit sur plusieurs déterminants sociaux de la santé dont :

- le logement avec des aides au logement et le soutien au maintien dans le logement ;
- le soutien à la petite enfance et à la parentalité, financement de crèches, Relais d'Assistance Maternelle, centres de loisirs, accompagnement parental (REAPP, animations, entretiens), dans le cadre général de la convention territoriale globale. ;
- l'accompagnement social et l'insertion ;
- la prise en compte du handicap et des fragilités, AAH, AEEH, aides spécifiques, soutien aux personnes en situation de handicap ou de maladie chronique ;
- l'action sociale territoriale et le soutien aux projets locaux, financement de centres sociaux, espaces de vie sociale ;
- les partenariats avec collectivités et associations, co-construction de réponses aux besoins locaux.

La **Convention territoriale globale** dont la CAF est garante constitue un cadre politique de référence où l'ensemble des interventions et des moyens offerts par la branche Famille est mobilisé

## La Caisse Primaire de l'Assurance Maladie de la Drôme

Organisme de Sécurité sociale, la Caisse Primaire de l'Assurance Maladie de la Drôme est un **acteur majeur de santé** qui assure l'accès aux droits en santé et la prise en charge des soins ou le versement de revenus de remplacement, avec une attention sur les publics fragiles à travers la Mission Accompagnement Santé : aide à l'accès aux droits, aux soins et à l'inclusion numérique, en particulier pour les personnes en situation de renoncement.

Elle propose des campagnes sur le dépistage (cancer du sein, côlon, col de l'utérus), la vaccination contre la grippe, le coaching santé.

Elle mène des actions de prévention et développe des parcours d'accompagnement individualisés pour préserver la santé des assurés. Elle a ouvert récemment à Valence un centre d'examen de

santé proposant des examens de prévention en santé. Le Programme de Retour A Domicile prépare le retour à domicile des patients hospitalisés et organise les soins du patient en amont.

Elle est impliquée dans l'aide à l'installation des professionnels de santé et le soutien des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), en lien avec l'ARS.

### **La Mutualité Sociale Agricole Ardèche Drôme Loire**

La Mutualité sociale agricole assure la **couverture sociale et santé de l'ensemble de la population agricole** et des ayants droit : exploitants, salariés (d'exploitations, d'entreprises, de coopératives et d'organismes professionnels agricoles), employeurs de main-d'œuvre.

Interlocuteur unique de ses ressortissants, la MSA les accompagne tout au long de leur vie. Elle constitue un organisme de protection sociale globale au titre de laquelle, en un seul lieu, elle verse toutes les prestations auxquelles les bénéficiaires peuvent prétendre en santé, famille, retraite, accident du travail et maladie professionnelle.

Elle prend en charge la médecine du travail ainsi que la prévention des risques professionnels.

La MSA développe des actions de prévention et est notamment organisée pour repérer et prendre en charge ses ressortissants en risque suicidaire. Elle est historiquement active sur les questions de santé mentale.

### **Le Groupement Hospitalier Portes de Provence**

Le Groupement Hospitalier Portes de Provence est l'**établissement de santé de référence du territoire**, mettant à disposition un plateau technique complet et diversifié au service de la population, dont celui des urgences

Il assure une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) qui offre soins et accompagnement social aux personnes en précarité. Identifiée et reconnue localement comme acteur pivot, garant de l'accès aux soins de ce public vulnérable et sujet au renoncement aux soins. La PASS est à l'interface de l'hôpital, de la médecine de ville et des dispositifs sociaux et médico-sociaux.

Dans le cadre de son projet d'établissement, le GHPP a ouvert ses réflexions aux partenaires de son territoire.

### **Le Centre Hospitalier Sainte Marie Ardèche-Drôme**

Les Établissements Sainte-Marie Ardèche Drôme, établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), assurent par l'intermédiaire du Centre Hospitalier Sainte-Marie (CHSM), implanté sur la commune de Privas, le service public en santé mentale sur deux départements. Cet établissement participe au service des urgences du GHPP.

L'offre de soins est organisée autour de 5 secteurs de psychiatrie adulte, de 2 inter-secteurs (gérontopsychiatrie, réhabilitation psychosociale) et de 3 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Il existe également une prise en charge d'accueil familial thérapeutique avec des familles réparties sur le territoire.

**Le CHSM couvre la majorité du périmètre de l'agglomération de Montélimar.** Ses offres ambulatoires pour les adultes et pour les enfants jusqu'à 16 ans sont implantées à Montélimar sur un même lieu, avec pour chaque public un Centre Médico Psychologique, un Centre d'Activité à Temps Partiel, un Hôpital de Jour (2 à 12 ans, pour les enfants). Le CMP adulte porte la PSY de liaison, dont l'équipe mobile psychiatrie précarité.

Le centre de Remédiation cognitive et de Réhabilitation psychosociale est implanté en centre-ville de Montélimar.

## Le Centre Hospitalier Drôme Vivarais

Le Centre Hospitalier Drôme Vivarais (CHDV) est un établissement public de santé spécialisé en psychiatrie Enfant et Adulte, implanté sur la commune de Montéligier, à quelques kilomètres de Valence. Il couvre également deux départements.

Concernant l'agglomération de Montélimar **5 communes dépendent du secteur de psychiatrie du CHDV** (Roynac, Cléon d'Andran, Puy St Martin, Manas, Charols).

Son offre de soins ambulatoires concernant une partie de l'agglomération de Montélimar est implantée à Dieulefit, avec pour les adultes un Centre Médico Psychologique (CMP) et un Centre d'Activité à Temps Partiel, et un CMP pour les enfants jusqu'à 17 ans révolus.

## La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) des Portes de Provence

La CPTS regroupe les professionnels du soin, ayant fait le choix de collaborer, au sein d'un réseau au service d'un bassin de population.

Elle fédère des professionnels différents (libéraux, hospitaliers, médico-sociaux voire sociaux) aux compétences variées. Elle permet d'améliorer l'accès aux soins des usagers et de mieux structurer les parcours de santé des patients et habitants.

### La CPTS remplit 6 missions de service public :

- faciliter l'accès aux soins, notamment celui des patients sans médecin traitant, pour améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville ;
- mettre en place des parcours répondant aux besoins des territoires pour renforcer la prise en charge et le suivi des patients, éviter les ruptures de parcours et favoriser le maintien à domicile de patients complexes, handicapés, âgés... ;
- initier des actions territoriales de prévention, de dépistage, de promotion de la santé en fonction des besoins du territoire ;
- contribuer au développement de la qualité et de la pertinence des soins pour favoriser l'échange de bonnes pratiques médicales et soignantes ;
- accompagner les professionnels de santé, par exemple en facilitant l'accueil de stagiaires ;
- participer à la réponse aux crises sanitaires par un plan d'action adapté.

La CPTS des Portes de Provence intervient sur un territoire bi-départemental regroupant 73 communes pour environ 1 10 000 habitants. Elle réunit les professionnels de soin de la CAMA, excepté ceux de Saulce-Sur-Rhône. Elle regroupe 670 professionnels de santé toutes catégories confondues et autres acteurs de territoire. Elle porte un projet de santé validé par l'ARS et la CPAM. La CPAM assure son financement principal.

## Présentation du territoire de l'Agglomération de Montélimar

Montélimar-Agglomération est une communauté d'agglomération, établissement public de coopération intercommunale, située en région Auvergne-Rhône-Alpes, dans le département de la Drôme. Elle est créée le 1er janvier 2014 par la fusion de la communauté de communes du Pays de Marsanne et de la communauté d'agglomération Montélimar-Sésame. Elle s'est agrandie le 1er janvier 2021 avec l'intégration de la commune de Puy-Saint-Martin. Elle est la deuxième communauté d'agglomération du Département en volume d'habitants.

Elle regroupe 27 communes : Allan, Ancône, Bonlieu-sur-Roubion, Charols, Châteauneuf-du-Rhône, Condillac, Cléon d'Andran, Espeluche, La Bâtie-Rolland, La Coucourde, La Laupie, La Touche, Les Tourrettes, Manas, Marsanne, Montboucher-sur-Jabron, Montélimar, Portes-en-Valdaine, Puygiron, Puy-Saint-Martin, Rochefort-en-Valdaine, Roynac, Saint-Gervais-sur-Roubion, Saint-Marcel-lès-Sauzet, Saulce-sur-Rhône, Sauzet, Savasse, pour une superficie de près de 381 km<sup>2</sup> (INSEE 2022).

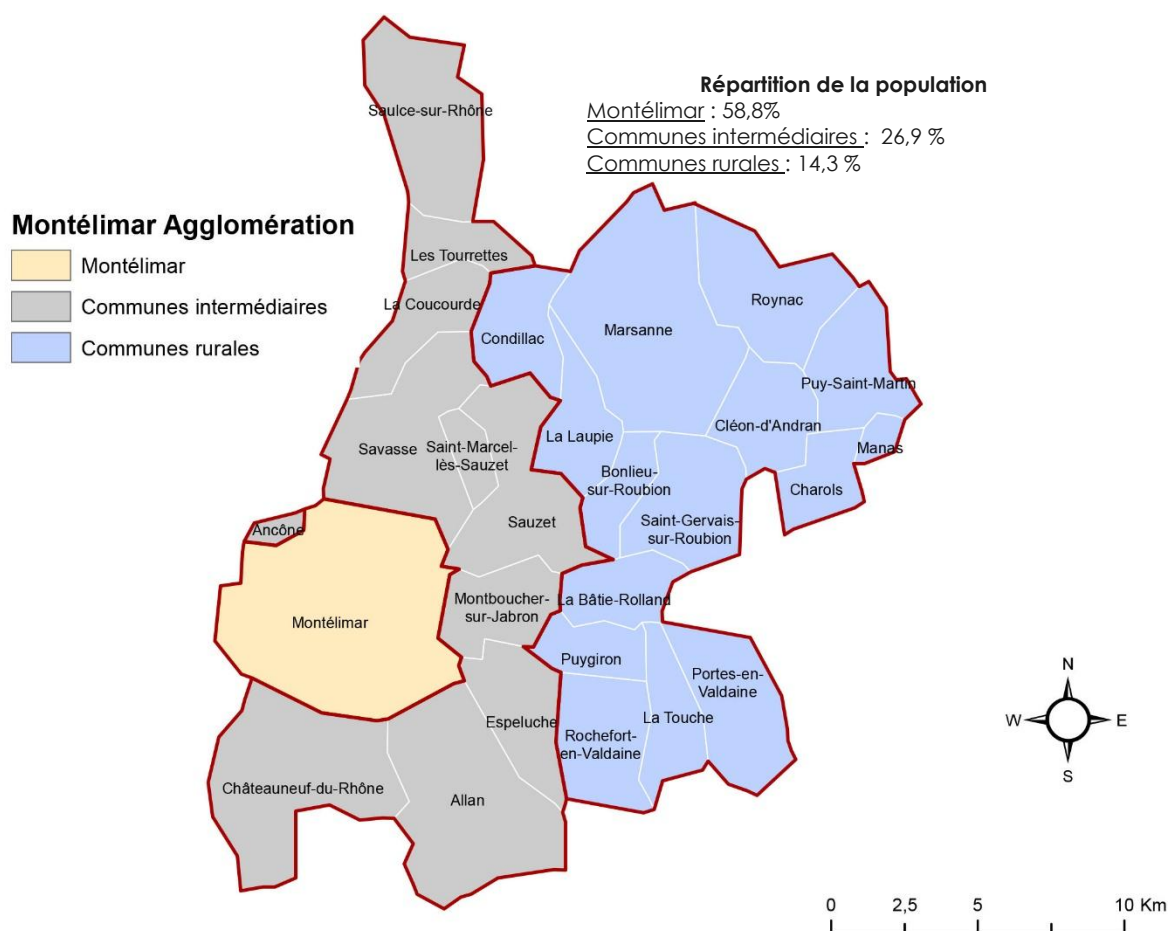
Elle compte 68 756 habitants. La ville-centre Montélimar totalise 40 356 habitants (INSEE 2022).

## Les principaux éléments du Diagnostic Local de Santé (DLS) partagé

Les éléments présentés ci-après constituent une synthèse des deux volets (quantitatif et qualitatif) du DLS réalisé par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) Auvergne-Rhône-Alpes, à la demande de la CAMA.

Le périmètre et la méthodologie ont été définis lors du 1<sup>er</sup> Comité de pilotage de préfiguration en mars 2024.

### Carte 1 : Territoire d'étude : 3 espaces analysés



**Le volet quantitatif** a permis d'analyser les bases de données nationales et régionales (INSEE, SNDS, PMSI, ORS) pour comparer Montélimar Agglomération à celle de Vienne-Condrieu, à la Drôme et à la Région Auvergne-Rhône-Alpes, selon des indicateurs de santé standardisés.

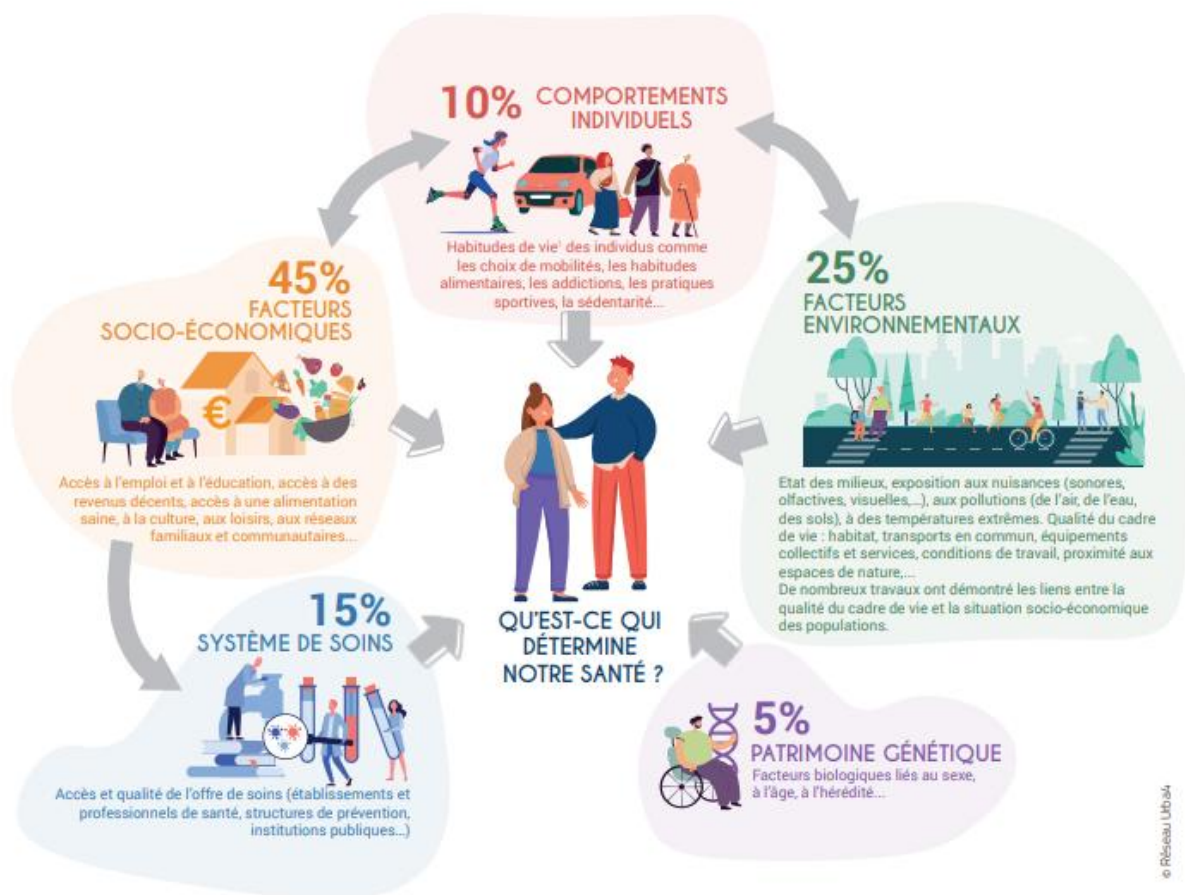
Les thématiques d'analyses ont porté sur la démographie, l'offre et le recours aux soins, l'état de santé de la population (ALD, hospitalisations, mortalité) et la santé environnementale.

**Le volet qualitatif** a été réalisé à partir de **8 entretiens collectifs semi-directifs ayant réuni 121 personnes** (89 professionnels de santé et acteurs sociaux, 19 élus des communes rurales et périurbaines et 13 habitants des quartiers prioritaires).

Les thématiques explorées ont concerné le cadre de vie, l'accès aux soins, la santé mentale (jeunes, adultes, seniors) et le handicap.

La réalisation de deux volets a permis de croiser les données chiffrées avec les perceptions pour dégager des priorités partagées.

Les analyses se fondent sur la vision des déterminants de la santé ci-dessous schématisés.



Sources : Représentation de Lalonde / Synthèse des travaux Barton et al., 2015 ; OMS, 2010 ; Cantoreggi N, et al. 2010- Pondération des déterminants de la santé en Suisse, université de Genève ; Los Angeles County Department of Public Health, 2013 : How Social and Economic Factors Affect Health

<sup>1</sup> Les habitudes de vie peuvent être choisies mais aussi subies selon les facteurs environnementaux et socio-économiques qui interviennent dans la vie d'un individu.

## 1-Principales caractéristiques sociodémographiques : une population vieillissante et une dynamique de population jeune

### Données sociodémographiques, 2020


	Montélimar Agglomération	Montélimar	Communes intermédiaires	Communes rurales	CA Vienne Condrieu	Drôme	Auvergne-Rhône-Alpes
Population 2020	67 708	39 790	18 214	9 704	92 201	517 709	8 078 652
Densité de population en 2020 (Nombre d'habitants au km <sup>2</sup> )	178	850	-	-	220	79	116
Variation de la population : taux annuel moyen entre 2014 et 2020 (en %) *	1,0	1,1	0,9	0,9	0,9	0,6	0,5
dont variation due au solde naturel	0,3	0,3	-	-	0,4	0,2	0,3
variation due au solde apparent des entrées sorties	0,7	0,8	-	-	0,4	0,4	0,2
Part des - 20 ans (en %) en 2020	24,5	24,5	24,3	24,7	25,4	24,0	24,2
Part des + 65 ans (en %) en 2020	21,2	22,0	19,6	21,0	19,5	22,1	20,0
Taux de natalité 2014 à 2020 (‰ hab.) **	11,4	12,3	-	-	12,3	11,1	11,6

\* Taux annuel moyen de variation entre 2014 et 2020. \*\* taux de natalité 2014 à 2020 (‰ habitants)

Source : Insee (RP 2014-2020, État civil)

#### Clés de lecture

Les taux en couleur signifient qu'une différence significative est observée en comparaison avec la région

 En rouge quand le taux observé est **significativement supérieur**

 En rose, point d'attention (bien que la différence observée ne soit pas statistiquement significative)

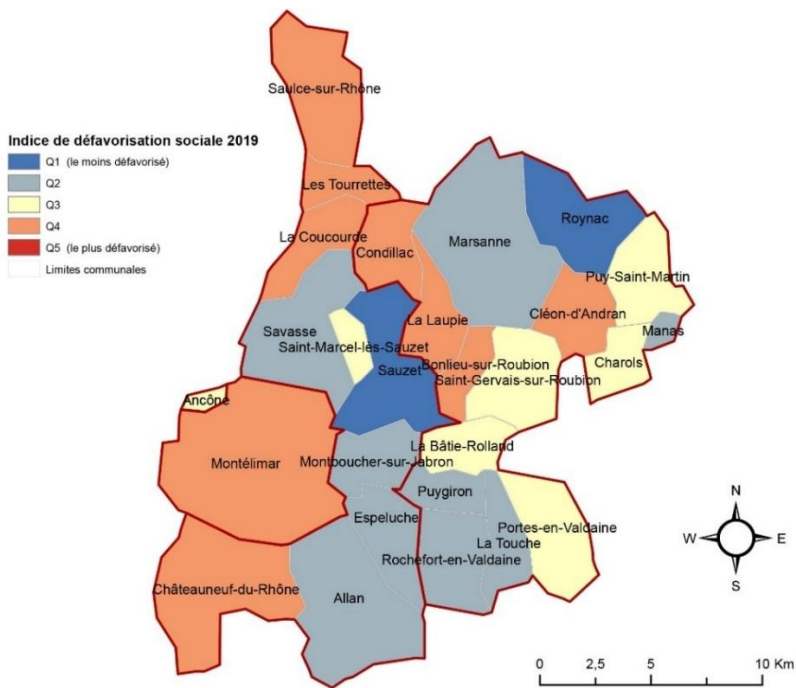
La population de l'agglomération se caractérise par un vieillissement marqué : 21,2 % des habitants ont plus de 65 ans, une proportion supérieure à la moyenne régionale (20 %). À Montélimar, cette part atteint même 22 %.

L'isolement, facteur de risque important pour la santé, touche fortement le territoire, en particulier les personnes âgées. Il concerne 43 % des habitants de Montélimar, contre un peu plus de 35 % dans l'ensemble de la Drôme. Les communes rurales et intermédiaires sont moins touchées, avec 28 % de personnes vivant seules.

Néanmoins, la part des jeunes de moins de 20 ans reste élevée : 24,5 % au niveau de l'agglomération, jusqu'à 24,7 % dans les communes rurales, légèrement au-dessus de la moyenne régionale (24,2 %).

Les indicateurs de précarité sociale sont particulièrement marqués sur le territoire : le revenu médian est inférieur de 2 000 € à la moyenne régionale, le taux de chômage atteint 13,8 % (contre 10,8 % en région) et la part des bénéficiaires du RSA varie de 4,5 % dans l'agglomération à 6,5 % à Montélimar, pour 4 % au niveau régional. Les proportions sont similaires pour les bénéficiaires du minimum vieillesse. Or, il est reconnu que les populations en situation de précarité sont dans un état de santé plus fragile.

Le nombre de bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés est également supérieur à la moyenne régionale (3,1 %) : 3,6 % à l'échelle de l'agglomération et jusqu'à 4,9 % à Montélimar. Ces données justifient une attention particulière, intégrée dans le contrat local de santé.



**L'indice de défavorisation sociale** est un indicateur composite qui rend compte de la précarité (défavorisée sociale) à l'échelle communale.

**4 variables** sont prises en compte : le pourcentage d'ouvriers dans la population active, le pourcentage de bacheliers chez les 15 ans et plus, le pourcentage de chômeurs dans la population active et le revenu médian par foyer.

Appliqué aux communes de l'agglomération, il fait ressortir un **score élevé (Q4) pour 9 communes** (en orange).

Sources : Insee (recensement de la population 2019), Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav –CCMSA (fichier localisé social et fiscal 2019). Traitement L'Institut Paris Région. Cartographie ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les entretiens collectifs ont pointé des problématiques spécifiques dans le champ de la précarité : femmes en situation de précarité et victimes de violences, mineurs non accompagnés, nouveaux arrivants et demandeurs d'asile sans carte vitale, avec des refus ou réticences pour certains professionnels de santé libéraux de recevoir des bénéficiaires de l'AME ou la C2S, ou de la nécessité de passer par la PASS pour accéder au bénéfice d'une ALD, faute de médecin traitant.

## 2-L'offre et le recours aux soins et à la prévention bénéficient de ressources locales à renforcer et à développer

### 2-1 Offre de recours aux soins

**Le territoire est riche de ressources de soins structurantes...**

#### Dans le champ généraliste

- Un centre hospitalier avec un plateau technique complet : le groupement hospitalier Portes de Provence (GHPP- GHT Drôme/Ardèche/Vercors) et une PASS pour soin/accompagnement social des personnes en précarité
- La CPTS Porte de Provence : 272 professionnels de santé et 73 communes (couvrant l'agglomération de Montélimar (sauf Saucelle-sur-Rhône)
- Le centre de soins non-programmés (clinique Kennedy)
- Des cabines de téléconsultations dans plusieurs pharmacies
- Un centre municipal de santé sur deux sites de Montélimar
- Le SSIAD de Montélimar
- L'Accueil santé Diaconat Protestant : prise en charge des publics précaires

#### Dans le champ de la santé mentale (qui a fait l'objet d'un approfondissement dans le cadre du diagnostic)

- **Oppelia Tempo, Addictions France, service addictologie GHPP** : ressources en addictologie (mais manque de médecins)  
Si, depuis la réalisation du Diagnostic le 27 mai 2025, le GHPP a été contraint de fermer temporairement l'unité d'hospitalisation du service d'addictologie, compte tenu des

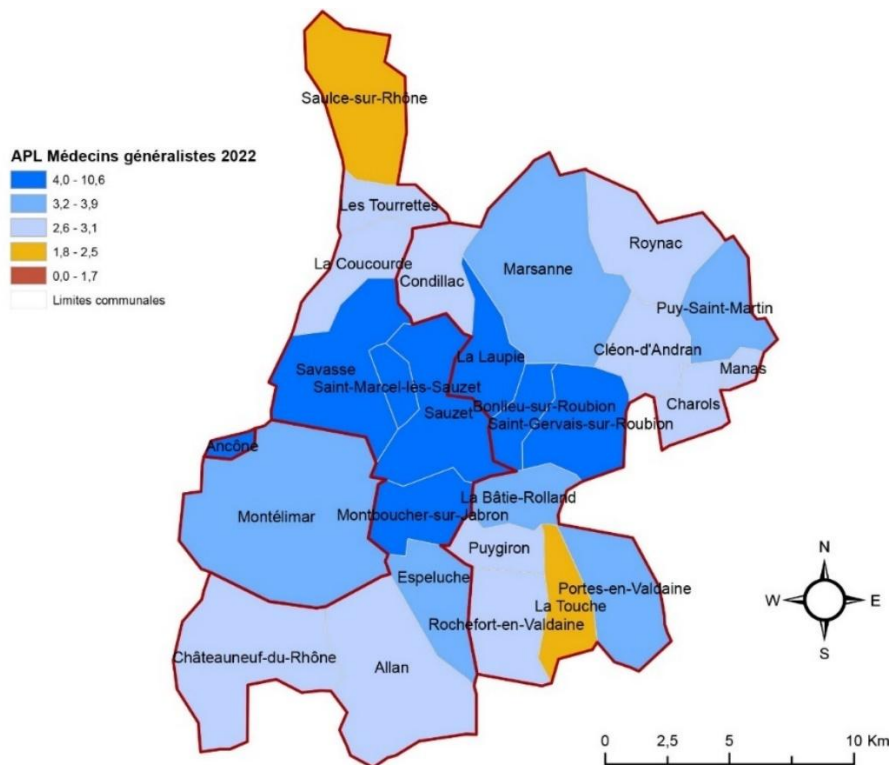
difficultés de recrutement de médecins addictologues, il reste mobilisé pour trouver des solutions durables. Ainsi, ses démarches de recrutement de professionnels qualifiés dans cette spécialité se poursuivent et l'équipe de liaison de soins en addictologie (ELSA), reste opérationnelle au sein des services d'hospitalisation du GHPP. Son rôle est essentiel dans la continuité des prises en charge addictologiques des patients hospitalisés, ses missions seront renforcées durant cette période.

- **CHS Drome Vivarais** (5 communes à l'Est de l'agglomération) qui dépendent d'un CMP à l'extérieur de l'agglomération.
- **CHS Sainte-Marie Ardèche-Drôme**, qui couvre la majorité du territoire de l'agglomération, avec la présence d'une équipe de liaison aux urgences du GHPP, d'une équipe mobile (EMPP) précarité, gérontopsychiatrie, et un C2R (réhabilitation psychosociale /rétablissement/ remédiation cognitive).
- Le **RePsy**, réseau en santé mentale de la Drôme : faciliter les parcours de soin, l'intégration sociale et professionnelle des personnes qu'une pathologie psychiatrique met en situation de handicap et favoriser leur rétablissement.

### ...mais il est confronté à de nombreuses difficultés et disparités territoriales.

Les comparaisons suivantes se basent sur un indicateur de densité de professionnels de santé pour 100 000 habitants. Elles permettent de mettre en évidence une offre inégalement répartie sur le territoire, pouvant indiquer des besoins de transports et/ou de rééquilibrages territoriaux par types de profession de santé.

Si la densité de **médecins généralistes** est similaire à la région (90,4 médecins pour 100000 habitants) pour l'échelle de l'agglomération (90,1), elle recouvre des disparités territoriales importantes. Elle est particulièrement élevée dans les communes intermédiaires (115 médecins pour 100 000 habitants) par opposition à des taux faibles en commune rurale (82,4) ou Montélimar (80,4). En revanche, on note une bonne accessibilité potentielle aux médecins sur l'agglomération en général. Cela signifie que la majorité de la population accède théoriquement à 2,5 visites de médecins généraliste par an, à moins de 20 minutes de son domicile. Seules les communes de Saulce-sur-Rhône et La Touche apparaissent sous dotées selon cet indicateur. La concentration de plus forte accessibilité se situe au centre géographique de l'agglomération, englobant des communes rurales et intermédiaires.



Sources : SNIIR-AM 2022, EGB 2018, Cnam ; populations par sexe et âge 2020, distancier Metric, Insee ; traitements Drees , Cartographie ORS Auvergne Rhône Alpes



Pour saisir la situation, il est utile d'examiner le taux de recours aux médecins généralistes, c'est-à-dire la proportion d'assurés ayant consulté au moins une fois dans l'année. Un faible recours traduit un dépistage moins efficace, un suivi insuffisant et, à terme, un risque d'aggravation des problèmes de santé.

Sur l'agglomération, et plus particulièrement à Montélimar, ce recours est inférieur à la moyenne régionale. Une partie des habitants ne dispose par ailleurs d'aucun médecin traitant.

Ces indicateurs restent toutefois incomplets, car ils ne prennent pas en compte plusieurs déterminants essentiels de l'accès aux soins : difficultés pour obtenir un rendez-vous en raison de la saturation des secrétariats, problèmes de transport pour se rendre chez un professionnel – notamment pour les personnes âgées –, disponibilité et écoute du médecin, localisation du cabinet, ou encore le niveau de vie (16 % des généralistes sont en secteur 2 à Montélimar, contre 0 % dans les autres communes). Les échanges collectifs ont mis en évidence diverses stratégies pour compenser le manque de médecins, entraînant parfois un contournement ou un sous-recours aux soins, avec des conséquences sur la continuité des traitements et les renouvellements d'ordonnance.

Enfin, il est important de souligner que les médecins de Montélimar sont plus âgés, avec une part de plus de 55 ans de 72 %, contre seulement 13 % dans les communes rurales, ce qui appelle à une vigilance particulière sur le renouvellement de l'offre médicale à moyen terme.

**Pour les autres professionnels de santé**, l'offre de spécialistes libéraux est concentrée sur la ville de Montélimar.

Il en est de même pour les **dentistes** qui ont un taux de densité bien plus élevé à Montélimar (90,5 dentistes pour 100000 habitants) que la moyenne départementale (56 dentistes pour 100 000 habitants). Cette densité chute à 38,4/100000 en commune intermédiaire et à 30,9/100000 en commune rurale. Lors des entretiens collectifs, il a été rapporté que des demandes de courrier d'adressage sont faites par les patients auprès de leur médecin généraliste pour qu'une prise en charge par un dentiste soit possible.

La présence d'infirmiers libéraux, est en revanche, bien répartie sur toutes les communes de l'agglomération, est (221,5 infirmiers pour 100 000 habitants à l'échelle de l'agglomération, et jusqu'à 241,6/100000 dans les communes intermédiaires). Les taux de densité sont nettement supérieurs à la moyenne régionale (158,3 infirmiers /100000 habitants). Corrélativement, le taux de recours aux infirmiers est plus élevé sur l'agglomération qu'à l'échelle régionale ou départementale.

Enfin, il convient de noter une sous densité de **sage-femme** et, comme partout en France, une sous présence de **psychiatres** libéraux (3 pour toute l'agglomération, dont 1 seul pour Montélimar).

En termes de **séjours hospitaliers des habitants de la CAMA, tous motifs confondus**, la répartition est de 39,5% au GHPP et de 26,6 % à la Clinique Kennedy.

Le taux de séjours hospitaliers est plus élevé que la moyenne régionale sur l'ensemble du territoire, en particulier à Montélimar. Cette situation s'explique notamment par la forte proportion de personnes âgées et par la précarité sociale.

Chez les 65 ans et plus, le taux d'hospitalisation dépasse également la moyenne régionale : il est nettement supérieur pour les hommes, surtout à Montélimar, et plus modérément supérieur pour les femmes, tant à Montélimar que dans les communes rurales

## 2-2 Offre de prévention

### Le territoire bénéficie d'acteurs et de ressources de prévention santé diversifiés ...

**La CPTS pilote des actions de prévention** portées par différents professionnels de santé, dans une dynamique « d'aller vers », avec les partenaires locaux. Son projet de santé (2022-2027) comporte un axe sur le développement d'actions territoriales de prévention (vaccin HPV, dépistages, ...)

**Le Conseil départemental porte et coordonne une offre de prévention large :**

- Le centre de vaccination
- Le CLAT (Centre de Lutte Anti-Tuberculeux)
- La PMI (protection maternelle et infantile) et une infirmière de santé publique rattachée au Centre Médico-Social d'Espoulette
- La MDA (Maison départementale de l'autonomie) : une coordonnatrice autonomie prévention Drôme Provençale, un Pôle Séniors Adultes Vulnérables
- La commission des financeurs prévention autonomie (CFPPA) pilotée par le Département et co-pilotée par l'ARS : levier de financement pour les actions de prévention pour personnes âgées ou solutions alternatives d'hébergement, notamment pour les personnes isolées (plus d'une trentaine de projets concernant Montélimar et son agglomération, financés en 2025) et habitat inclusif (actuellement 3 projets d'habitat inclusifs pour personnes en situation de handicap sur l'agglomération)
- A partir de 2026, mise en place du service public départemental de l'autonomie (SPDA), co-porté par le Conseil Départemental et l'ARS, sera de nature à renforcer les coopérations et coordinations pour toutes les actions auprès des personnes âgées et/ou en situation de handicap.

**D'autres acteurs de prévention sont bien identifiés et mobilisés :**

**Dans le champ de la prévention en général**

- **Promotion Santé** : mène des actions diversifiées
- **Centre de Santé Sexuelle** du Groupement Hospitalier Portes de Provence
- **Médiation Santé** en QPV porté par le CCAS de Montélimar.
- **Pharmacies** : Tests Covid, angines, infections urinaires
- **CSAPA Addictions France et Oppelia Tempo**
- **Filière gérontologique dynamique**

**Dans le champ de la santé mentale (qui a fait l'objet d'un approfondissement dans le cadre du diagnostic)**

- **Education Nationale** : ressources d'écoute pour enfants et adolescents avec les Infirmières scolaires, souvent premier recours malgré des moyens sous tension, et les 7 psychologues du CIO, qui assurent un accompagnement en attendant l'accès aux soins.
- **Une psychologue à la Mission Locale** : accompagnement psychologique et orientation vers le soin si besoin
- **Educateurs de prévention de la Sauvegarde 26** : démarche « d'aller vers » et accompagnement des jeunes et des parents et expérimentation d'un dispositif « Psy de rue » à Montélimar/QPV
- **CHS Sainte-Marie** : projet de service adolescent (hospitalisation temporaire possible) en cours d'écriture
- **CH Drôme-Vivarais** : mise en place des rendez-vous de premier accueil infirmier en CMP sur l'ensemble du Pôle de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent ainsi que la formation et le recrutement d'Infirmiers en pratiques avancées (IPA) afin de réduire les délais de rendez-vous et d'accès aux soins en CMP dans un contexte de démographie médicale fragile
- **Service de pédiatrie du CH de Montélimar** : pour les adolescents en situation de « crise », l'hospitalisation n'est pas adaptée, en raison des écarts d'âges et de la cohabitation difficile entre problématiques somatiques et psychiques.
- **CSAPA Addictions France et Oppelia Tempo** : Consultation Jeunes Consommateurs 12-25 ans, sur des thématiques telles que écrans, produits psychoactifs
- Le réseau interprofessionnel « **Ado Addicto** »,
- **UNAFAM Drôme** : permanences à Montélimar pour écouter et orienter les familles. Organisation de journées d'information sur les troubles psychiques, et des cafés-rencontres

- **L'Embarcadère** : groupes d'échanges et sensibilisation à la psychiatrie
- **Un Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) L'Envol**
- **CAF** : lancement d'appel à projets parentalité « Répit parental et familial » pour prévenir le burn-out parental
- **Des acteurs de veille et de repérage/remise en lien des personnes âgées isolées** : registre des personnes fragiles tenu par les communes et les CCAS, avec l'aide des professionnels du domicile ou les associations bénévoles.

... **Mais des manques ou points d'alerte sont repérés en matière de prévention.**

De manière générale, les entretiens collectifs ont fait ressortir la nécessité de renforcer le maillage local entre les acteurs de santé, de santé mentale, du social et du médico-social. Cela passe par de meilleurs outils d'identification entre professionnels, par un lien renforcé entre la CPTS et l'ensemble des intervenants, ainsi que par une harmonisation des pratiques pour assurer une meilleure cohérence des parcours.

Alors que les situations d'isolement et les signes de mal-être chez les jeunes se sont accentués, notamment depuis la crise Covid, il n'existe pas de structure dédiée à l'écoute et à la prise en charge du mal-être des adolescents et des jeunes.

Les établissements scolaires manquent par ailleurs de médecins scolaires et d'accompagnants pour les élèves en situation de handicap.

Une faible adhésion des familles de collégiens à la vaccination contre le papillomavirus (HPV) est également observée. Il convient de noter également que le taux de vaccination contre la grippe des plus de 65 ans est légèrement en-deçà de la moyenne nationale à Montélimar et dans les communes rurales alors qu'il est légèrement supérieur pour les communes intermédiaires.

Enfin, les échanges ont souligné la nécessité de réduire la fracture numérique. Si certaines médiathèques proposent des ressources numériques, toutes les communes ne disposent pas de CCAS. Dans les communes rurales, l'aide repose souvent sur les élus, qui interviennent au domicile des personnes fragiles et identifient un réel besoin d'accompagnement pour la gestion des comptes, démarches et usages des sites administratifs.

Les groupes d'élus des communes rurales et intermédiaires voient les cantines scolaires comme des portes d'entrée pour aborder les enjeux d'alimentation équilibrée avec les enfants et sur le plan de la promotion de l'activité physique, les aménagements de parcours piétonniers, cyclables, city stade et « parcours santé » leur semblent nécessaires.

### 3-État de santé de la population

#### 3.1. Un état général de santé moins bon qu'au niveau régional

Probablement liée à un contexte de défavorisation sociale, Montélimar présente chez les hommes un taux de bénéficiaires d'ALD (affections de longue durée, c'est-à-dire des pathologies chroniques) supérieur à la moyenne régionale. À l'inverse, dans les communes intermédiaires ou rurales, les indicateurs apparaissent moins marqués que ceux observés au niveau régional.

Par ailleurs, il est observé une surmortalité prématurée (décès avant 65 ans) sur l'ensemble de l'agglomération par rapport à la région. En moyenne sur la période 2017-2021, c'est près de 100 décès prématurés par an. Dans les communes rurales, la surmortalité masculine représente plus du double de la surmortalité féminine qui est quant à elle inférieure à la moyenne régionale. La surmortalité prématurée est encore plus prégnante à Montélimar.

Si la surmortalité prématurée provient généralement des conditions de vie ou de travail, il est admis que la moitié de ces morts prématurées seraient évitables par la prévention autour des habitudes de vie et par une action sur le retard de recours aux soins.

L'examen par pathologies ci-après permet de cibler davantage les problématiques.

### 3.2. Une prépondérance des cancers, notamment du poumon

Avec 2 713 bénéficiaires d'ALD (affection longue durée) pour cancer, l'agglomération de Montélimar se situe à des niveaux supérieurs aux taux régionaux en termes de prévalence. Pour les femmes, ce taux d'ALD est significativement supérieur et touche plus spécifiquement les communes intermédiaires. L'on note un taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein plus élevé dans les communes intermédiaires qu'à Montélimar et les communes rurales. Pour les hommes, si le taux d'ALD est également supérieur aux taux régionaux sur l'agglomération, on note que pour les communes rurales, le taux d'ALD est significativement inférieur.

Les hommes de l'agglomération sont largement plus hospitalisés pour cancer que les femmes, et plus particulièrement pour les montiliens. On note enfin que le cancer du poumon est sur-représenté dans l'agglomération de Montélimar, avec beaucoup plus d'hommes touchés par ce cancer à Montélimar et beaucoup plus de femmes en commune rurale.

**Les facteurs liés à l'environnement et au mode de vie ont été reconnus et identifiés comme contribuant à environ 50 % des cancers.** La prévention primaire repose sur la connaissance de ces facteurs car la plupart d'entre eux sont modifiables. Il est ainsi possible d'éviter totalement de s'y exposer ou du moins de limiter l'exposition pour en atténuer les effets nocifs. Ces mêmes facteurs sont aussi à l'origine des inégalités sociales face au cancer qui touchent très souvent les personnes les plus faibles et les plus vulnérables de la société.

Il est estimé que 40 % des cancers pourraient être évités en agissant notamment sur les comportements individuels : la consommation de tabac, la consommation d'alcool, de mauvaises habitudes alimentaires et le manque d'activité physique, et l'exposition au soleil.

Selon les chercheurs, 5 à 10 % des cancers seraient liés aux expositions environnementales, 8,5 % seraient liés aux expositions professionnelles et 25 à 30 % des cancers seraient imputables aux comportements individuels (tabagisme, alcool, obésité).

Au regard de ces éléments et de la prévalence du cancer sur le territoire du CLS, il apparaît important de renforcer les actions de prévention en santé générale et environnementale.

### 3.3. Des maladies cardio-vasculaires au même niveau que les taux régionaux

4342 habitants de l'agglomération sont bénéficiaires d'une ALD pour maladie cardio-vasculaire. Le taux d'ALD de ce type est comparable au taux régional. Le taux d'hospitalisations pour ce motif est plus faible qu'au niveau régional.

En revanche, il faut relever que la part des femmes en commune rurale de l'agglomération est largement surreprésentée dans le champ des accidents vasculaires cérébraux (AVC). Les patients hospitalisés pour infarctus sont plus importants dans les communes intermédiaires.

### 3.4. Le diabète et les maladies respiratoires génèrent des taux contrastés entre la ville centre et les communes rurales, largement supérieurs ou inférieurs aux taux régionaux

Si le taux de prévalence du **diabète** est comparable au niveau régional, le taux d'hospitalisation pour diabète est nettement supérieur à la région à Montélimar, mais très inférieur pour les communes rurales. Les hommes, et encore plus les femmes, sous traitement antidiabétique sont surreprésentés à Montélimar.

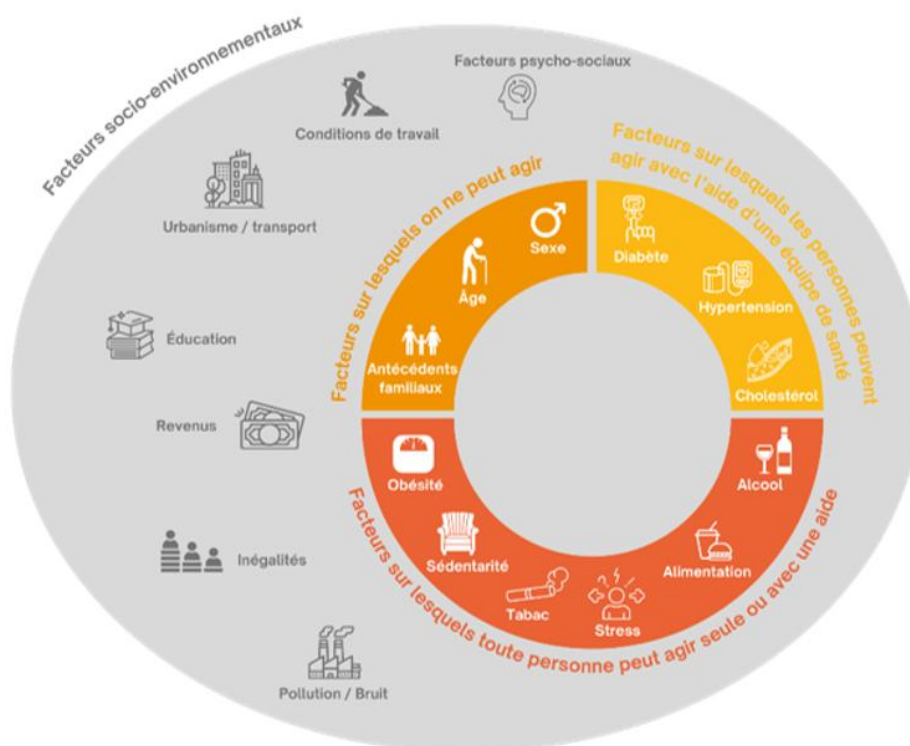
Pour les **maladies respiratoires**, le taux de prévalence est également similaire à celui de la région. En revanche, l'on note des hospitalisations bien plus fréquentes sur toutes les communes de l'agglomération, et particulièrement à Montélimar.

Que ce soit la bronchite chronique, l'asthme ou les allergies, tous les indicateurs sont largement plus élevés qu'au niveau régional : un fort taux d'hospitalisation pour asthme chez les montiliens, et fort taux de montiliennes sous traitement antiasthmatique, un nombre élevé de patients sous anti allergiques dans les communes intermédiaires et Montélimar. Des taux élevés sont également observés pour les **patients de 15 à 24 ans** sous traitement antiasthmatique ou anti allergique.

Ces constats doivent conduire à une meilleure prise en compte des facteurs de risques que sont l'état du logement, le tabagisme désormais partagé à part égale entre les hommes et les femmes, l'absence de vaccination contre la grippe et l'environnement.

En synthèse des éléments ci-dessus, le graphique suivant illustre, sans être exhaustif, les facteurs de risques des maladies et permet de pressentir les leviers pour agir et y remédier.

## Facteurs de risques et déterminants de la santé



### 4- Les problématiques de santé mentale sont particulièrement préoccupantes

Pour comprendre la santé mentale, il est important de prendre en compte deux dimensions :

- **Du bien-être au mal-être** : d'un côté, on se sent bien, en accord avec soi, les autres, son environnement. À l'opposé, on ressent de la souffrance psychologique. On éprouve une mauvaise estime de soi. On a des relations difficiles avec les autres. On n'apprécie plus sa vie. Entre l'extrême bien-être et l'extrême mal-être, on peut passer par toutes les nuances possibles.
- **De l'absence à la présence de trouble psychique** : l'existence d'un trouble psychique se traduit par des symptômes qui peuvent beaucoup perturber notre vie quotidienne. Parmi les plus fréquents, on trouve les troubles anxieux, les troubles dépressifs, les troubles de conduites alimentaires, les troubles bipolaires. Un trouble psychique doit faire l'objet d'un diagnostic suivi d'une orientation vers des soins adaptés (suivi psychothérapeutique, et si nécessaire, médicaments ou parfois même hospitalisation).

**Le bien-être ne dépend pas que de l'absence ou de la présence de troubles psychiques.** Il dépend aussi de la satisfaction de nombreux autres besoins (autonomie, relations sociales, alimentation, sommeil...). Une personne peut ressentir un mal-être sans pour autant souffrir d'un trouble psychique.

À l'inverse, une personne peut ressentir un état de bien-être tout en vivant avec un trouble psychique stabilisé.

Sur l'agglomération de Montélimar, plus de 7 700 patients sont sous traitement psychotrope régulier (somnifères, anxiolytiques, antidépresseurs, régulateur de l'humeur, neuroleptiques). Le taux de patients sous traitements psychotropes, est plus élevé à Montélimar que dans la région. Les antidépresseurs constituent la principale part des traitements et leur consommation sur le territoire est similaire à celle de la région. La part de personnes sous neuroleptiques à Montélimar est supérieure au taux régional.

Le taux de **patients de plus de 15 ans** vus en établissement psychiatrique en ambulatoire (un peu moins de 2000 par an) est largement plus élevé pour les hommes à Montélimar, y compris pour ceux de plus de 65 ans. Ce taux est inférieur à la moyenne régionale pour les communes rurales et intermédiaires.

Pour les femmes, quel que soit le type de commune, les taux de patientes vues en ambulatoire sont largement plus élevés, y compris pour la tranche d'âge au-dessus de 65 ans, de même que pour les taux d'hospitalisation.

Pour les **jeunes de 15 à 24 ans**, les affections psychiatriques sont la principale cause d'ALD, devant les maladies neurologiques ou le diabète. Les proportions sont comparables à celles observées au niveau régional ou national. En revanche, chez les hommes de cette tranche d'âge, le taux en ALD psychiatrique est fortement supérieur au taux régional.

Parmi les patients de moins de 15 ans vus en établissement psychiatrique (environ 350 par an), les enfants des communes rurales — filles comme garçons — présentent des taux nettement supérieurs aux moyennes régionales.

**De manière générale, un point d'alerte ressort clairement :** la souffrance psychique des adolescents et des jeunes est en augmentation. Ce mal-être croissant se traduit par des conduites suicidaires, de la phobie scolaire, de l'isolement, ainsi que par des comportements addictifs (écrans, alcool, produits psychoactifs).

Les entretiens collectifs ont fait émerger de fortes attentes concernant le développement de ressources dédiées à la santé mentale des jeunes sur le territoire. Les participants soulignent notamment le besoin de lieux d'accueil et d'écoute, tels qu'une Maison Des Adolescents (MDA) ou un Point Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ). Ils expriment également la nécessité de développer et de rendre accessibles des ressources adaptées pour les jeunes les plus éloignés : jeunes déscolarisés, en difficulté d'insertion ou vivant en milieu rural.

Des ressources de loisir et de lien social, favorables à la santé mentale des jeunes, sont disponibles mais concentrées à Montélimar, entraînant une forte problématique de mobilité et d'accès aux ressources montiliennes pour les jeunes des communes rurales.

Des attentes sont ainsi exprimées par les jeunes dans les communes rurales et intermédiaires pour davantage d'activités. En leur absence, les élus constatent des rassemblements de jeunes dans des espaces publics en soirées, entraînant des problématiques de bruit la nuit, de consommation d'alcool et substances psychoactives (dont le protoxyde d'azote dans certaines communes) accompagnés parfois de destruction d'équipements (terrains multisports, ...).

Néanmoins, les élus soulignent la difficulté de proposer des actions à la fois attractives pour les jeunes et acceptables pour les adultes. Ils évoquent aussi la difficulté à sensibiliser et mobiliser parents et jeunes autour du « vivre ensemble ». Les élus des communes intermédiaires nuancent toutefois ce constat en rappelant que certains clubs sportifs répondent déjà en partie à ces besoins.

De manière plus spécifique, les tentatives de **suicide** chez les femmes de Montélimar et des communes rurales, sont largement supérieures à la moyenne régionale, avec un point d'attention renforcé pour les jeunes de 15 à 24 ans, notamment dans les communes rurales.

Enfin, le taux d'hospitalisation pour **pathologies liées à l'alcool** est plus élevé chez les femmes à Montélimar comparativement aux autres territoires. Ces situations peuvent recouvrir des problématiques de mère isolée ou de parent en situation d'épuisement, repérées comme point de vigilance lors des entretiens collectifs.

### **5-Les personnes en situation de handicap restent soumises à des parcours de santé complexes**

Les entretiens collectifs ont abordé de manière très large les problématiques du handicap, rarement évoquées dans le cadre des contrats locaux de santé, ce qui a été salué lors de ces entretiens.

La synthèse qui suit cible les problématiques spécifiques de santé des personnes en situation de handicap, étant précisé que les situations de handicap sont encore plus soumises aux contraintes des déterminants de la santé qu'en population générale.

Le **repérage et le diagnostic, qui concerne principalement les enfants porteurs de handicap**, se caractérisent par un accès long (mois/années) et compliqué, aux dispositifs de bilan tous secteurs confondus. Les difficultés sont renforcées par l'éloignement des lieux spécialisés de bilan ou leur coût parfois élevé.

Malgré des améliorations, notamment au sein de l'Education nationale, le repérage souffre encore de manque de formation et sensibilisation des professionnels de santé qui peuvent se sentir démunis.

L'accompagnement des familles et les prises en charge évoluent positivement et doivent être consolidés. Depuis la rentrée 2025, la mise en place des pôles d'appui à la scolarité, appelés à se généraliser dans les années à venir, offre un véritable soutien aux parcours des enfants, même sans bilan préalable. Par ailleurs, les actions menées par le CAMSP renforcent l'aide sociale et éducative apportée aux familles : des conventions facilitent désormais l'accueil des enfants en crèche, la formation des assistantes maternelles ainsi que l'accompagnement des parents lors de l'annonce du handicap.

La plateforme de coordination et d'orientation (PCO) pour des enfants ayant une suspicion de trouble neurodéveloppemental n'est pas connue de tous et mériterait une information plus large, tout comme l'arrivée d'un Pôle de Compétences et de Prestation Externalisée (PCPE) début 2026. Ce dernier permet des prises en charge et des accompagnements plus précoces, qui contribueront au renforcement des accompagnements y compris pour les personnes en attente ou absence de droits MDPH.

**L'accès aux soins** des personnes en situation de handicap est fragilisé par le manque de médecins traitants, la faible formation des professionnels de santé (médecins et dentistes) à l'accueil des personnes en situation de handicap, ainsi que la qualité encore à parfaire de l'accueil hospitalier, tant aux urgences que dans les services. Sur ce dernier point, le GHPP a engagé des formations en direction de son personnel avec un IME, et vient de nommer un référent handicap.

**L'accès à la vie sociale et l'insertion** dans la cité des enfants et adultes en situation de handicap contribuent à leur santé globale et mentale et permet aussi un peu de répit pour les aidants familiaux, réduisant leur risque d'épuisement.

Or, l'accès aux loisirs, au sport et à la culture restent limités par le manque de places, la difficulté à trouver des encadrants qualifiés, la méconnaissance de l'offre handisport, et l'insuffisance d'information pour les familles lorsque l'offre existe (conservatoire, centres sociaux par exemple).

La problématique des communes rurales où la socialisation est encore plus difficile (rareté des offres, des offres adaptées) renforce les difficultés. Un projet de thèse est en cours sur le territoire ardéchois: [Para-sport, Ruralité et Inclusion](#), mené actuellement par un doctorant du CERMOSEM (Campus rural ardéchois de l'Université de Grenoble Alpes). Cette thèse a pour objectif principal d'analyser et d'étudier les facteurs facilitant et bloquant l'inclusion des personnes handicapées par les activités physiques, sportives et récréatives en ruralité. La volonté est d'étudier, à travers une recherche action, l'accès et les modalités d'inclusion des personnes handicapées dans l'offre

existante des ruralités. Le contrat local de santé de Montélimar pourra solliciter des retours d'expérience à terme.

## 6. La santé environnementale

Le recueil des données a été réalisé à partir de la Base OSE (observation en santé-environnement, hébergée sur le site de l'ORS).

La santé environnementale est déterminée par de nombreux facteurs, liés à la fois à l'environnement naturel (écosystèmes, cycles biogéochimiques) et à l'environnement construit (artificialisation, habitat, pollutions, nuisances, infrastructures industrielles, agricoles et de transports...), incluant les conditions et lieux de travail et de mobilité.

### 6.1 Les particules fines et l'ambrosie détériorent la qualité de l'air extérieur de l'agglomération

Les entretiens réalisés dans le cadre du diagnostic ont mis en lumière des questionnements et inquiétudes sur la qualité de l'air en lien avec le trafic routier sur certains points de l'agglomération.

Les **particules fines**, aussi appelées PM<sub>2,5</sub>, sont des particules présentes dans l'air dont le diamètre mesure moins de 2,5 micromètres (µm). Il s'agit d'un mélange de fumée, de suie, d'aérosols ou de matière biologique comme les moisissures, les bactéries, les pollens et les pellicules animales.

Sur le territoire de l'agglomération de Montélimar, les valeurs d'exposition aux PM<sub>2,5</sub> respectent l'objectif de qualité en France (exceptés pour les communes de Montélimar et Ancône) mais sont supérieures au seuil sanitaire recommandé par l'OMS. La principale source d'émission des particules fines est le chauffage résidentiel.

Concernant le **dioxyde d'azote** (NO<sub>2</sub>), si le territoire est relativement préservé comparativement à des zones plus urbanisées de la région, les valeurs d'exposition aux NO<sub>2</sub> dépassent les recommandations de l'OMS pour les communes de l'Ouest. Par ailleurs, l'exposition au NO<sub>2</sub> étant liée au trafic routier, il faut rester vigilant aux populations vivant à proximité des grands axes telles que l'A7 et de la N7.

Les **impacts sur la santé concernent** sont les système respiratoires (inflammation, allergies, asthme, pneumonies, bronchites), cardio-vasculaires, sanguin et neurologiques. Cet impact a été quantifié par Santé Publique France en 2021, qui indique que le nombre de décès attribuables aux PM<sub>2,5</sub> est de 35 par an sur l'agglomération, soit 6,9% des décès.

La région Auvergne-Rhône-Alpes est aujourd'hui la plus touchée par la prolifération de l'**ambrosie** et le risque allergique associé. Excepté dans quelques communes, la part de la population potentiellement allergique est **supérieure** à la valeur régionale qui est de 10 %. Les communes **à l'ouest** du territoire sont particulièrement impactées.

### 6.2 Globalement, une eau de bonne qualité

La part de la population alimentée par une eau de bonne qualité microbiologique est de 99,76 %. Seules les communes de Rochefort-en-Valdaine (64,23%) et de La Touche (87,35 %) ne présentent pas un taux de conformité de 100 % sur la période 2019-2021.

La part de la population alimentée par de l'eau respectant en permanence les limites de qualité pour les pesticides est de 100 % sur la période 2019-2021. Il est à noter qu'il n'y a pas eu de mesures réalisées sur les communes de La Touche et de Portes-en-Valdaine sur cette période.

La part de la population alimentée par de l'eau respectant en permanence les limites de qualité pour les nitrates est de 100 % sur l'ensemble des communes sur la période 2019-2021.



### **6.3 Globalement, le risque de radon dans le sol est peu élevé.**

Le radon est un gaz radioactif d'origine naturelle. Il est issu de la désintégration de l'uranium et du radium présents dans la croûte terrestre. Certains types de roches, notamment le granit, en contiennent davantage. Malgré sa période radioactive relativement courte une partie du radon parvient à quitter les roches dans lesquelles il est formé pour atteindre l'air que nous respirons.

L'on estime que le radon est responsable de 3 à 14 % des cancers du poumon. Le tabagisme est un facteur aggravant. Le territoire n'est pas concerné par un risque radon élevé. Seules les communes d'Ancône et d'Allan sont concernées (potentiel 2 sur une échelle de 1 à 3).

### **6.4 Le logement, facteur de bonne santé et de prévention, un enjeu pour les communes.**

L'effet principal de la précarité énergétique dans le logement est l'exposition des occupants au froid. Elle peut contribuer à une surmortalité en saison hivernale. Des effets indirects potentiels sont également décrits tels que : l'utilisation de chauffages d'appoint, qui sont potentiellement sources de pollution pour l'air intérieur, notamment de monoxyde de carbone qui est un gaz mortel. Des comportements risqués comme l'obstruction des dispositifs de ventilation ou le fait de ne plus aérer le logement afin de ne pas laisser le froid entrer favorise la concentration de polluant dégradant l'air intérieur. L'humidité de certains logements favorise également le développement de moisissures potentiellement à l'origine de maladies respiratoires.

La part des ménages en précarité énergétique-logement est plus importante qu'en région (13,6 %) sur de nombreuses communes du territoire. Néanmoins la valeur moyenne à l'échelle de l'EPCI est similaire à la valeur régionale (13,6%).

Le territoire se caractérise par ailleurs par la présence de logements anciens, vétustes et mal adaptés au vieillissement dans les communes rurales et intermédiaires. Les élus constatent que cela renforce l'isolement des personnes âgées. Dans certaines parties de Montélimar (notamment dans l'hypercentre) on note une forte présence de logements indécents ou insalubres, avec parfois des problématiques de bailleurs impécunieux voire indéclicats.

Des initiatives sont portées par certains bailleurs sociaux pour aider les locataires dans l'usage et le bon entretien du logement.

D'une manière générale, les habitants rencontrent des difficultés à anticiper puis à financer les travaux (reste à charge), malgré les accompagnements et aides existants (SOLIHA, Conseil départemental).

Les élus des communes rurales sont demandeurs de davantage de dialogue avec les structures sanitaires et médico-sociales qui accompagnent l'insertion dans le diffus des personnes avec difficultés psychiques. Ils identifient également l'enjeu de travailler sur des propositions de logements adaptés pour les seniors.

### **6.5 Les mobilités sur le territoire s'appuient sur les véhicules motorisés individuels, les ressources collectives existantes sont insuffisantes pour accéder aux soins**

La part des déplacements domicile travail en véhicules motorisés est supérieure à la moyenne régionale (74%) pour toutes les communes de l'agglomération. Cette proportion dépasse même les 85 % pour 24 communes. Une telle proportion indique que le véhicule individuel est le moyen de transport ultra-majoritaire, au détriment des autres formes de mobilités (douces ou collectives) qui permettent de diminuer les émissions polluantes (PM<sub>2,5</sub>, NO<sub>2</sub>), les nuisances sonores et favorisent l'activité physique.

La pratique du co-voiturage ne se développe pas selon les élus. Seules les aires de co-voiturage proches de l'autoroute sont réellement utilisées mais certainement au profit de déplacements hors agglomération.

Le réseau de transports urbains de Montélimar et de ses communes périphériques repose sur trois lignes principales (1, 2 et 3). Cependant, leur utilisation reste faible, en dessous de la moyenne nationale. Certains quartiers de Montélimar sont également moins bien desservis : les liaisons vers le centre-ville présentent des ruptures, et les entretiens collectifs ont mis en évidence des difficultés liées à la fréquence des bus et à leur ponctualité.

Ces entretiens ont également souligné plusieurs obstacles à l'accès aux lieux de soins, révélant des besoins aujourd'hui insuffisamment couverts par le réseau de transports. Plusieurs défis sont à relever :

- mieux identifier les lieux de soins entraînant des déplacements importants, tant pour les patients que pour les professionnels (urgences, maison médicale de garde, PASS de l'hôpital, Centre de Santé Sexuelle, CMP, CAMSP, CMPP) ;
- améliorer les liaisons entre les communes de l'agglomération et Montélimar pour faciliter l'accès aux soins ;
- élargir l'amplitude horaire des dessertes afin de permettre l'accès à la maison médicale de garde ;
- renforcer l'accessibilité pour les personnes âgées isolées (transport à la demande) et pour les personnes en situation de précarité (tarification adaptée).

Un autre point d'alerte concerne les VSL (véhicules sanitaires légers) : certains trajets courts sont refusés, car jugés insuffisamment rentables, même lorsque les patients disposent d'un bon de transport délivré par l'assurance-maladie.

Les jeunes montiliens signalent des difficultés à se rendre seuls en centre-ville en dehors des trajets scolaires habituels. Bien que des actions aient été mises en place dans le cadre du Programme de Réussite Éducative (PRE), leur participation reste parfois limitée et sans engagement dans la durée, en raison de déplacements complexes en transports en commun.

Un schéma directeur cyclable est en cours d'élaboration, prévoyant 18 itinéraires sur le territoire. L'enjeu principal sera d'assurer la continuité des parcours, à l'intérieur comme entre les communes, afin de favoriser notamment les déplacements domicile-travail, encore peu développés aujourd'hui. Les élus des communes rurales se montrent particulièrement attentifs à cette nécessité d'interconnexion.

La marche est incitée à travers le cadre de vie global (qualité paysagère et dans les communes intermédiaires et rurales, voies vertes et parcours de santé), comme en centre-ville grâce à un fléchage des temps de marche vers des lieux d'intérêt.

L'accès à pied à la nature depuis chez soi est présente sur tout le territoire. Il y a clairement un potentiel à renforcer et développer (sécurisation par rapport aux voitures, confort de marche intégrant des bancs et points d'eau, signalétique).

En conclusion, les **mobilités douces** (vélo et marche), qui permettent la pratique d'une activité physique pour lutter contre la sédentarité, le surpoids, le diabète, ou les maladies cardio-vasculaires, sont à renforcer.

## 6.6 Réchauffement climatique et périodes caniculaires

Les vagues de chaleur sont aujourd'hui les événements climatiques extrêmes les plus meurtriers en France. Les centres-villes y sont particulièrement exposés, avec des températures pouvant être supérieures de 3 à 5 °C à celles des zones périphériques, en raison de l'omniprésence du béton et du manque de végétation. Ce phénomène va s'accroître, alors même que la population devient plus vulnérable (vieillesse, augmentation des maladies chroniques).

Selon Météo France (climatdiag-2023) le nombre annuel de jours très chauds (>35°C) pour l'agglomération de Montélimar sera compris entre 1 et 10 jours (valeur haute) en 2030, alors que la valeur de référence actuelle est de 1 jour. En 2050, il est prévu de 5 à 13 jours très chauds.

L'augmentation du nombre annuel de nuits chaudes (>20°C), sera encore plus conséquente. En effet, les simulations prévoient 22 à 35 nuits chaudes, contre une valeur de référence actuelle de 12 jours. A horizons 2050 sont attendues 33 à 45 nuits chaudes.

Ces indicateurs climatiques montrent qu'à l'avenir, le territoire sera confronté à des températures nettement plus élevées qui impacteront la santé. Il apparaît donc nécessaire d'adapter à la fois le logement et les urbanités. En particulier ceux où vivent les publics les plus vulnérables.

Promouvoir les outils de l'urbanisme favorable à la santé est une piste essentielle pour relever ce défi. Le CLS peut notamment s'appuyer sur les travaux du SCoT, lauréat d'un Appel à Manifestation d'Intérêt de l'ADEME, qui mène une réflexion sur l'efficacité du maillage des espaces verts et des espaces de nature. Cette démarche intègre la lutte contre les îlots de chaleur ainsi que l'évaluation des bénéfices pour la santé et le bien-être des habitants.

## **PARTIE 2 : CHAMPS DU CONTRAT LOCAL DE SANTE**

D'un point de vue réglementaire, les contrats locaux de santé font l'objet de dispositions dans le cadre de la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et reprise dans le Code de la santé publique.

Vu le Code de la Santé Publique, notamment les articles L. 1311-7, L. 1434-1, L. 1434-10, L. 1434-17, L.1435-1, L. 3221-2, L. 6111-3-2,

Vu la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé,

Vu la Loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, art. 121, 122 et 182,

Vu la proposition de plan d'actions validée par le comité de pilotage restreint du CLS en date du 15/09/2025

Vu la délibération du Conseil communautaire de la Communauté d'Agglomération de Montélimar Agglomération en date du 17/12/2025

Il est convenu ce qui suit :

### **Article 1 : Parties Signataires**

Le présent contrat est conclu entre les signataires suivants :

- ✓ La Préfecture de la Drôme
- ✓ L'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes, ci-après l'ARS
- ✓ La Communauté d'Agglomération de Montélimar Agglomération, ci-après Montélimar Agglomération
- ✓ Le Département de la Drôme
- ✓ L'Education Nationale
- ✓ La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Drôme
- ✓ La Mutualité Sociale Agricole
- ✓ La Caisse d'Allocation Familiale
- ✓ Le Groupement Hospitalier Portes de Provence
- ✓ Le Centre Hospitalier Sainte Marie -Ardèche- Drôme
- ✓ Le Centre Hospitalier Drôme Vivarais,
- ✓ La Communauté Professionnelle Territoriale de Santé des Portes de Provence

### **Article 2 : Partenaires non-signataires concourant au contrat**

Au-delà des partenaires signataires du présent contrat, seront également associés à la réalisation des actions du contrat local de santé, les acteurs locaux associés à la démarche pour leur expertise, leurs ressources ou en tant que porteurs d'actions.

### **Article 3 : Périmètre d'application du contrat : territoire et population**

Le présent contrat local de santé s'applique au territoire de la Communauté d'Agglomération de Montélimar Agglomération. Une attention particulière est portée aux habitants des territoires communaux les plus fragilisés, en tenant compte des typologies de publics en situation de vulnérabilité et notamment ceux issus des Quartiers Politique de la Ville de Montélimar et des territoires identifiés avec un indice de défavorisation sociale.

### **Article 4 : Durée et révision**

Le présent contrat est signé pour une durée de 5 ans à partir de la date de signature.

Il pourra être révisé et complété par les parties au cours de sa période de validité. Cette révision prendra la forme d'un avenant, après proposition du comité de pilotage.

La troisième partie du présent contrat qui comprend les fiches actions est mise à jour chaque année après validation par le comité de pilotage et fait l'objet d'un envoi aux signataires par simple courriel de Montélimar Agglomération et de l'ARS.

## Article 5 : Axes et objectifs stratégiques

Le Contrat Local de Santé porte sur des champs d'intervention ciblés pour répondre à des enjeux identifiés comme prioritaires. Aussi, il n'a pas vocation à être exhaustif au regard des politiques portées en matière de santé par l'ensemble des signataires.

À partir des problématiques identifiées par le diagnostic local de santé préalable, des axes et objectifs stratégiques (OS) ont été dégagés.

Ils sont déclinés en objectifs opérationnels et en fiches actions plus détaillées, annexées au présent contrat.

### Axe 1 : Renforcer l'offre et l'accès à la santé

- OS 1-1 Favoriser l'installation de nouveaux professionnels de santé par l'attractivité du territoire et renforcer l'offre municipale
- OS 1-2 Renforcer l'accès à la santé (droits, soins, accompagnement social) des publics vulnérables (personnes âgées, isolées, femmes seules avec enfants, personnes en situation de handicap, de précarité)

### Axe 2 : Promouvoir la santé mentale,

- OS 2-1 Développer un Conseil Local de Santé Mentale pour renforcer le maillage dialogue, partenariat santé, social, médico-social
- OS 2-2 Développer de l'offre graduée pour les jeunes et leurs familles (PAEJ, MDA),
- OS 2-3 Renforcer l'interconnaissance, les connaissances pour faciliter le maillage
- OS 2-4 Poursuivre la déstigmatisation en santé mentale
- OS 2-5 Développer la prévention du suicide.
- OS 2-6 Poursuivre et développer la prévention des conduites addictives : drogues licites, illicites sans substances

### Axe 3 Poursuivre et développer la prévention

- OS 3-1 Poursuivre la sensibilisation aux dépistages
- OS 3-2 Développer et encourager la vaccination
- OS 3-3 Promouvoir une alimentation équilibrée, une activité physique régulière en particulier auprès des populations vulnérables
- OS 3-4 Poursuivre et développer la prévention en direction des personnes âgées et des aidants

### Axe 4 : Cadre de vie, un territoire résilient pour la santé

- OS 4-1 : Poursuivre/soutenir la lutte contre le logement indigne/insalubre ou sans confort, en zones urbaines et rurales,
- OS 4-2 : Poursuivre les efforts pour s'adapter, se protéger du changement climatique, végétalisation et lutte contre les îlots de chaleur
- OS 4-3 : Poursuivre les efforts pour réduire les difficultés de mobilité urbaine et rurale pour faciliter l'accès aux soins en particulier des personnes non véhiculées, en situation de handicap, âgées
- OS 4-4 : Faciliter et favoriser les mobilités douces et actives pour tous et en particulier pour les personnes en situation de précarité, de handicap, âgées

### Axe Transversal : Coordonner la dynamique autour du Contrat Local de Santé

- OS T1 : Animer et évaluer le Contrat Local de Santé et le Conseil Local de Santé Mentale
- OS T2 : Faire de la santé une politique partagée entre acteurs
- OS T3 : Faire connaître et diffuser de l'information

## Article 6 : Engagement des signataires

Chaque signataire s'engage à :

- Mettre en œuvre, suivre, évaluer les actions du CLS qui le concerne, dans le cadre de ses actions propres et en coordination avec les autres signataires dans le cadre collectif établi par le CLS
- Participer ou se faire représenter aux instances du CLS
- Assurer la continuité des actions qui le concerne
- Faire connaître et porter auprès de ses partenaires le contenu et l'esprit du CLS.

## Article 7 : Les instances de gouvernance

### 7.1 : Le comité de pilotage (COPIL)

Le comité de pilotage est l'**instance décisionnelle** du CLS. Il en assure le suivi et l'évaluation.

Il est co-présidé par le Président de Montélimar Agglomération et par la Directrice de la délégation départementale de la Drôme de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, ou leurs représentants.

Il est partenarial et intersectoriel, composé des acteurs signataires ou leurs représentants (article 1).

Afin de ne pas alourdir les instances, le comité de pilotage sera le même pour le CLS et le CLSM.

Le COPIL a pour objet de :

- Définir les axes et les objectifs stratégiques du CLS
- Suivre la mise en œuvre du CLS
- Examiner les propositions et prendre les décisions sur la priorisation, la reconduction, la réorientation ou la suppression d'actions telles que présentées par le comité technique
- Veiller à l'engagement des signataires et des pilotes d'actions
- Assurer l'évaluation sur la base du programme d'actions, des indicateurs de suivi et d'évaluation

Il se réunit une fois par an pour faire le bilan annuel et l'évaluation intermédiaire, infléchir ou développer les orientations et les actions nouvelles. Il se réunit en séance supplémentaire chaque fois que nécessaire, ou à la demande d'un signataire.

Il peut inviter des partenaires du Contrat Local de Santé.

Dans l'éventualité d'un besoin d'arbitrage, seuls les signataires peuvent décider.

### 7.2 : Le comité technique (COTECH)

Le comité technique est l'**instance opérationnelle** du CLS. Il est constitué des responsables techniques des signataires engagés dans le CLS et des pilotes des actions du CLS.

Il a pour vocation principale de préparer le comité de pilotage et d'en structurer le fonctionnement et l'articulation. Il a dès lors pour objet de :

- Suivre l'évolution, la mise en œuvre et l'évaluation du contrat local de santé,
- Coordonner et veiller à la cohérence des interventions des différents partenaires,
- Discuter et proposer les éventuels ajouts, modifications, ou suppressions des fiches actions,
- Echanger autour des données d'observation de la santé,
- Proposer de nouveaux champs d'investigation, des orientations et des priorisations au comité de pilotage fondés sur les constats de terrain.

Il se réunit une à deux fois par an selon les besoins.

### **7.3 : La coordination**

La coordinatrice de CLS et du CLSM a pour mission :

- De s'assurer de la mise en œuvre du CLS et du CLSM par la mobilisation des pilotes d'action, en lien étroit avec les partenaires et les institutions
- Participer à la recherche de financements
- Accompagner et soutenir les pilotes dans la mise en œuvre des actions
- Organiser et animer les instances de gouvernance
- Rendre compte régulièrement de l'avancée ou des difficultés
- Assurer le bilan annuel, l'évaluation à mi-étape et finale du contrat.

L'ARS assure un soutien technique à la coordinatrice.

## **Article 8 : Les modalités de suivi et d'évaluation**

### **8.1 : Modalités de suivi**

Chaque action fera l'objet d'un suivi par son pilote et le cas échéant son co-pilote. Les suivis d'actions seront présentés aux instances de pilotage du Contrat Local de Santé (article 7).

Ce suivi comprendra :

- Un bilan de l'action portant sur l'état d'avancement des réalisations, des éventuelles difficultés de mises en œuvre observées, de l'implication des contributeurs
- Une analyse spécifique au regard des indicateurs d'évaluation identifiés lors de son élaboration
- Des indicateurs d'impact en santé pertinents au regard de la nature de l'action
- Une analyse spécifique au regard des indicateurs

L'évaluation annuelle permettra de suivre l'avancement des actions sous la forme suivante :

- Action réalisée (à poursuivre, terminée)
- Action engagée, en cours de réalisation (avancées significatives, réorientation)
- Action non engagée
- Action sans information

### **8.2 : Evaluation du contrat**

L'évaluation du CLS doit permettre de mesurer les apports de la contractualisation, la réalité de sa mise en œuvre, et la dynamique territoriale générée pour guider ensuite sa reconduction. Ainsi chaque signataire aura à contribuer à l'évaluation.

A mi-contrat ainsi qu'au terme du contrat, le Comité de pilotage procède à une évaluation globale qui porte sur :

- Les actions inscrites et réalisées
- Les partenariats mis en œuvre
- Les modalités de suivi et d'animation
- Les résultats et impacts du CLS

## **Article 9 : Documents annexés au présent contrat**

Sont annexées au présent contrat les fiches actions qui seront mises à jour annuellement. Elles constituent la 3<sup>ème</sup> partie du CLS

## **SIGNATURE DU CONTRAT LOCAL DE SANTE DE MONTÉLIMAR AGGLOMÉRATION**

<p><b>Communauté d'Agglomération de Montélimar Agglomération</b></p> <p><b>SIGNE</b></p> <p>M. CORNILLET, Président</p>	<p><b>Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes</b></p> <p><b>SIGNE</b></p> <p>Mme SORIANO, Directrice de la délégation départementale de la Drôme</p>
<p><b>Préfecture de la Drôme</b></p> <p><b>SIGNE</b></p> <p>Mme GASPARI, Préfète de la Drôme</p>	<p><b>Département de la Drôme</b></p> <p><b>SIGNE</b></p> <p>M.SOULIGNAC, Président du Conseil Départemental de la Drôme</p>
<p><b>Direction Académique des Services de l'Education Nationale de la Drôme</b></p> <p><b>SIGNE</b></p> <p>Mme KUEHN, Directrice Académique</p>	<p><b>Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Drôme</b></p> <p><b>SIGNE</b></p> <p>M. MALINAS, Directeur</p>
<p><b>Mutualité Sociale Agricole Ardèche Drôme Loire</b></p> <p><b>SIGNE</b></p> <p>M. PORTA, Directeur Général</p>	<p><b>Caisse d'Allocation Familiale de la Drôme</b></p> <p><b>SIGNE</b></p> <p>Mme BERNIE, Directrice</p>
<p><b>Groupement Hospitalier Portes de Provence</b></p> <p><b>SIGNE</b></p> <p>M. MONIER, Directeur Général</p>	<p><b>Centre Hospitalier Sainte Marie Ardèche Drôme</b></p> <p><b>SIGNE</b></p> <p>M. CHOUTET, Directeur de territoire</p>
<p><b>Centre Hospitalier Drôme Vivarais,</b></p> <p><b>SIGNE</b></p> <p>Mme VERHAEGHE, Directrice Générale</p>	<p><b>Communauté Professionnelle Territoriale de Santé des Portes de Provence</b></p> <p><b>SIGNE</b></p> <p>Monsieur BOSSON, Président</p>

Montélimar, le 30 janvier 2026



# CONTRAT LOCAL DE SANTE 2026-2030

De la Communauté d'Agglomération de Montélimar Agglomération

*Agir ensemble pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé*

## PARTIE 3 : LES FICHES ACTIONS 2026-2030

Montélimar  
Agglomération  
RHÔNE & PROVENCE

RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE  
Liberté  
Égalité  
Fraternité

ars  
Agence Régionale de Santé  
Auvergne-Rhône-Alpes

PRÉFÈTE  
DE LA DRÔME  
Liberté  
Égalité  
Fraternité

ACADÉMIE  
DE GRENOBLE  
Liberté  
Égalité  
Fraternité

- LA  
D R O  
M E -  
LE DÉPARTEMENT

l'Assurance  
Maladie  
Drôme  
Agir ensemble, protéger chacun

santé  
famille  
retraite  
services

ALLOCATIONS  
FAMILIALES  
Caf  
de la Drôme

CPTS  
Communauté Professionnelle Territoriale de Santé  
PORTES DE PROVENCE

Centre Hospitalier  
DRÔME VIVARAIS  
Psychiatrie  
adulte & enfant

ÉTABLISSEMENTS  
Sainte-Marie  
ARDÈCHE - DRÔME

GROUPEMENT  
HOSPITALIER  
MONTÉLIMAR  
DIJONNET - DOUALLES  
PORTES DE  
PROVENCE

## **PARTIE 3 : LES FICHES ACTIONS 2026-2030**

### **Introduction**

Cette troisième partie du Contrat Local de Santé de Montélimar Agglomération comprend les fiches actions. Elle est mise à jour chaque année après validation par le comité de pilotage et fait l'objet d'un envoi aux signataires par simple courriel (Article 3 du CLS).

Certaines fiches actions sont plus développées, traduisant le degré de maturité de la réflexion ou l'engagement d'ores et déjà à l'œuvre.

### **Principes des fiches actions :**

- Chaque fiche action se réfère aux objectifs stratégiques (article 5) de chaque axe stratégique du CLS
- Chaque fiche action est susceptible d'évoluer dans sa mise en œuvre par le pilote et les partenaires, selon les résultats de la mise en œuvre ou de l'évaluation.

Les intitulés suivants sont ceux des fiches actions et non ceux des objectifs stratégiques qui seront rappelés à l'intérieur de chaque fiche.

### **Axe 1 : Renforcer l'offre et l'accès à la santé**

- 1- Agir pour favoriser l'installation de nouveaux professionnels de santé par l'attractivité du territoire et renforcer l'offre municipale
- 2- Faciliter le parcours de santé pour réduire le sous recours
- 3- Favoriser l'accès à Ma mutuelle Région Auvergne-Rhône-Alpes
- 4- Renforcer et développer la médiation santé sur le territoire
- 5- Agir pour améliorer la santé des personnes en situation de handicap

### **Axe 2 : Promouvoir la santé mentale**

- 6- Installer et animer un Conseil Local de Santé Mentale
- 7- Créer une antenne ou Maison des Adolescents et un Point d'Accueil et d'Ecoute Jeunes
- 8- Contribuer au Réseau Addictologie Psychiatrie Précarité
- 9- Poursuivre des soirées santé mentale ou addiction
- 10- Poursuivre et développer des actions de déstigmatisation
- 11- Former au risque suicidaire et développer un réseau d'acteurs formés
- 12- Développer une dynamique de prévention des conduites addictives partagée entre acteurs du territoire

### **Axe 3 Poursuivre et développer la prévention**

- 13- Contribuer à améliorer la participation aux dépistages (Cancers, bucco-dentaire, diabète)
- 14- Contribuer à améliorer la vaccination (Grippe pour les seniors, HPV pour les jeunes) sensibiliser le public à la vaccination
- 15- Projet PACAP « nutrition rythme de vie du jeune enfant »
- 16- Projet Atelier de cuisine collectif
- 17- Projet Jardin potager collectif
- 18- Prévention auprès des seniors et des aidants

### **Axe 4 : Cadre de vie, un territoire résilient pour la santé**

- 19- Renforcer le repérage et le traitement des situations de mal logement
- 20- Recenser, illustrer et promouvoir les projets intégrant des aménagements végétalisés et favorables à la santé
- 21- Intégrer la santé dans les orientations du PADD du PLUi-H, se former pour appliquer les recommandations de l'UFS dans les projets d'aménagement
- 22- Intégrer la santé dans le plan de mobilité simplifié
- 23- Développer la marchabilité pour tous et accompagner les mobilités actives.

### **Axe Transversal : Coordination du Contrat Local de Santé**

- 24- Coordonner la dynamique du Contrat Local de Santé et du Conseil Local de Santé Mentale
- 25- Impulser une dynamique intersectorielle avec les acteurs autour du Contrat Local de Santé et du Conseil Local de Santé Mentale
- 26- Favoriser l'accès à l'information

# **Axe Stratégique 1- Renforcer l'offre et l'accès à la santé**

# 1 - Agir pour favoriser l'installation de nouveaux professionnels de santé par l'attractivité du territoire et renforcer l'offre municipale

AXE STRATEGIQUE 1 : Renforcer l'offre et l'accès à la santé

OBJECTIF STRATEGIQUE 1 : Favoriser l'installation de nouveaux professionnels de santé par l'attractivité du territoire et renforcer l'offre municipale

## Objectif(s) Opérationnel(s)

- Créer un observatoire pour suivre et mesurer l'action dans le temps
- Favoriser l'attractivité du territoire et l'accompagnement des professionnels de santé
- Optimiser l'occupation de la maison des internes, renforcer le nombre de Maîtres de Stage Universitaire (MSU)
- Trouver des nouveaux locaux pour l'offre municipale de santé & renforcer l'offre de santé

## PILOTE(S)

Directrice CPTS

## Partenaires de l'action à mobiliser

CPAM, ARS, Département (Mission santé), Ville de Montélimar (Centre Municipal de Santé), GHPP, CAMA (Direction Développement économique, Maison Intercommunale des Projets) Coordinatrice CLS, un MSU volontaire, élus des communes

DUREE DE L'ACTION : Durée du CLS

Pluriannuelle

## CONTEXTE

### Les principaux éléments d'analyse issus du diagnostic local de santé justifiant l'action

- Une population âgée importante, des besoins de soins accrus.
- Une situation socio-économique plus défavorable à Montélimar : personnes vivant seules, indicateurs de précarité.
- Un territoire en tension sur les professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, sage-femmes, orthophonistes). Départs de médecins fin 2025
- Une part importante de patients sans médecin traitant (1382 à Montélimar identifiés par la CPTS, mais non exhaustif). La CPTS grâce à son projet de télémedecine assistée et augmentée a permis depuis sa mise en œuvre en juillet de suivre 90 patients
- Une connaissance incomplète du nombre de médecins généralistes en activité.
- Une offre d'accompagnement des internes en médecine générale à conforter : Maison des internes et Maître de Stage Universitaire (MSU)

## DESCRIPTION DE L'ACTION

### Descriptif de l'action (Etapes de réalisation) :

**I. Créer un observatoire partagé sur le territoire de l'agglomération.** Indicateurs semestriels. Offre médicale (Arrivées/départs), de MSU, recours au Service d'Accès aux Soins (SAS)

**II. Mettre en place une porte d'entrée à la CAMA,** dont les missions seraient de

- Renforcer l'attractivité du territoire pour les professionnels de santé et leur famille.
- Rendre visible les ressources en santé du territoire et centraliser les outils
- Pouvoir accueillir les demandes localement, en suivre la réalisation et concrétisation.

*Les pistes évoquées existantes ou en perspectives :*

- A la CAMA : la Maison Intercommunale des projets en y ajoutant une partie santé ?

Les pages web à venir :

Sur l'attractivité, et le marketing territorial pour attirer tout nouveau professionnels, basé sur projet de vie (emploi pour conjoint, logement, garde d'enfants, service pour la mobilité...) et la promotion du territoire et ses ressources,

En complément un guide d'information sur différentes thématiques pour les étudiants et la formation continue avec des contacts

Sur la santé avec le CLS et le CLSM et des informations pratico pratiques

- Mettre à disposition des liens hypertextes existants sur les sites de l'ARS, la CPAM, le Département ([médecins choisissez la Drôme](#)) qui recensent les démarches d'installations, les dispositifs et aides à l'installation (interne en médecine générale, médecin généraliste), les opportunités d'installation.

- Se coordonner pour répondre, suivre, accompagner les professionnels en définissant qui fait quoi sur quoi, des modalités de saisine aux retours d'information attendus

<p><b>III. Agir dès la formation des futurs professionnels de santé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promouvoir localement l'intérêt de devenir <b>Maître de Stage Universitaire</b> : formation, aide par des pairs MSU volontaires et soutenir les MSU formés n'accueillant pas d'internes.</li> <li>- Communiquer et faire connaître la <b>Maison des internes</b>, poursuivre l'accueil et la sortie des internes, l'accueil convivial semestriel des internes du territoire et des MSU, par élus, GHPP, CTPS. Relayer l'information et invitation des MSU et internes via MSU formateurs</li> <li>- Une <b>1<sup>ère</sup> année de médecine</b> à Montélimar ? <a href="#">Exemple d'Aubenas</a>. Réflexion politique au Département, sans implantation définie, intérêt politique à la CAMA.</li> </ul> <p><b>IV. Renforcer l'offre de santé à Montélimar en créant une opportunité bâtiminaire</b></p> <p>Rechercher des locaux plus grands et accessibles pour optimiser l'offre du <b>Centre Municipal de Santé (CMS)</b> et de son <b>antenne</b> et renforcer l'offre médicale du CMS, en recherchant à y adosser la possibilité d'installation de nouveaux professionnels de santé (Chirurgien-dentiste, orthophoniste, psychologue, sage-femme ...) et favoriser l'exercice regroupé type MSP, plus attractif pour les professionnels</p> <p><b>Calendrier prévisionnel de mise en œuvre : 2026</b> Créer un observatoire partagé alimenté par la CPAM, l'ARS, le Département. Poursuite du groupe de réflexion et aboutir sur le portail, la coordination, et communiquer. Suivre l'avancée des locaux pour l'offre municipale et autres professionnels de santé, le renforcement de l'offre médical du CMS ; <b>2027 et au-delà</b> : Suivi et ajustement.</p>	
<b>Périmètre de l'action</b>	<p><b>Public(s) cible(s)</b> : internes et professionnels de santé</p> <p><b>Territoire concerné</b> : <input checked="" type="checkbox"/> Agglomération <input checked="" type="checkbox"/> QPV</p>
<b>Inégalités sociales et territoriales de santé</b>	<p><b>L'action apporte -t-elle une réponse graduée ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Action sur l'ensemble de la population</p> <p><input type="checkbox"/> Action ciblée sur les publics les plus vulnérables</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Action d'intensité proportionnelle aux besoins de santé de la population</p> <p>Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quel est le niveau de participation ? <input checked="" type="checkbox"/> Information <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Implication dans la réalisation de l'action</p> <p>L'action implique-t-elle une coopération intersectorielle ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quels sont les secteurs mobilisés ? <input type="checkbox"/> Emploi/insertion <input checked="" type="checkbox"/> Habitat/ logement <input type="checkbox"/> Aménagement du territoire <input type="checkbox"/> Social/solidarité <input type="checkbox"/> Education <input checked="" type="checkbox"/> Autres : attractivité /économique/ formation</p>
<b>Indicateurs d'activité</b> ( <i>Pour suivre ce qui doit être processus, partenaires mobilisés ...</i> )	<p>Nombre de groupe de travail organisés</p> <p>Nombre de partenaires présents</p> <p>Portail. Un process rédigé : qui fait quoi, modalités de saisine et retours d'information,</p> <p>Nouvelles pages web attractivité &amp; santé</p>
<b>Indicateurs de résultats</b> ( <i>Pour évaluer les effets de l'action. Mise en œuvre, ...</i> )	<p>Nombre et type de professionnels de santé installés sur le territoire, de Maîtres de Stage Universitaire formés et actifs, d'internes et de médecins juniors accueillis, de patients avec et sans médecins traitant sur le territoire</p>
<b>Facilitants identifiés</b> ( <i>les éléments favorables existants qui faciliteront la mise en œuvre</i> )	<p>Département : Mission santé, CAMA : maison des internes, Ville de Montélimar : Centre Municipal de Santé et antenne depuis 2024, une volonté de renforcer l'offre de soins</p> <p>CPTS : actrice de l'accompagnement des professionnels de santé, des liens ville-hôpital. Des Maisons de Santé Pluridisciplinaires</p> <p>Les ressources institutionnelles (CPAM, ARS et la FEMAS AURA)</p> <p>Un Copil MSU organisé par l'ARS</p>
<b>Freins identifiés ou à lever</b> : ( <i>Risques identifiés, difficultés à lever, bonnes pratiques à promouvoir</i> )	<p>Peu de médecins adhèrent à la CPTS, des médecins réticents</p> <p>La coordination partenariale opérationnelle entre acteurs et institution, un mode de faire peu courant.</p> <p>Concurrence avec d'autres territoires ?</p>

## 2 - Faciliter le parcours de santé pour réduire le sous-recours

### AXE STRATEGIQUE : Renforcer l'offre et l'accès à la santé

**OBJECTIF STRATEGIQUE : 1-2 Renforcer l'accès à la santé** (droits, soins, accompagnement, parcours) **des publics vulnérables** (Personnes : âgées, isolées, femmes seules avec enfants, personnes en situation, de handicap, de précarité)

#### Objectifs opérationnels de l'action.

- Renforcer la connaissance des ressources du territoire et institutionnelles, des évolutions de contexte (exp : arrêt des SNP<sup>1</sup> par la CPTS et prise de relais par le SAS<sup>2</sup>), d'initiatives inspirantes et leur usage par le public et les acteurs
- Renforcer l'interconnaissance entre acteurs de la santé, du social, médico-social. (Missions et modalités d'accès, actions)

#### PILOTE (S) DE L'ACTION

**CPTS en lien avec coordinatrice CLS**

#### Partenaires de l'action à mobiliser

CPAM, PRE, Département, accompagnement santé, CMS, CMPP, médiatrice santé, promotion santé, Education Nationale, DAC 26, des acteur relais de l'information Centre Sociaux les communes

#### DUREE DE L'ACTION : Durée du CLS

Pluriannuelle Début : 2026

### CONTEXTE

#### Les principaux éléments d'analyse issus du diagnostic local de santé justifiant l'action

- Un recours plus faible sur le territoire, dont aux médecins généralistes et dentistes, donc moins de dépistage, suivi médical, aggravation des problèmes de santé.
  - Sous recours également pour les sages femmes et les orthophonistes.
  - Délais d'attente de 18 mois pour un bilan orthophonique ou suivi orthophonique, pénalisant les enfants, accompagnés par les référents de parcours du Programme de Réussite Educative de Montélimar dans leur réussite scolaire, faute de prise en charge précoce. Même constat pour les personnes en situation de handicap.
- Ces éléments peuvent être corrélés à la tension forte de l'offre de soins, mais un recours plus faible peut indiquer aussi un recours tardif par auto-censure, manque de connaissance et/ou d'information, pour à la fois accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en santé et les services de santé afin que les personnes puissent prendre des décisions en santé de façon éclairée et autonome.

### DESCRIPTION DE L'ACTION

#### Descriptif de l'action (Etapas de réalisation) :

**I Organiser annuellement ou tous les 2ans un « forum santé » pour tous** (public et professionnels)  
Comment : Stand d'information des partenaires, Un temps de conférence, ou de présentation, suivi de questions réponses

Préparation en amont avec les partenaires identifiés : modalités et informations pratiques à recueillir pour en faciliter l'appropriation : qui fait quoi pour qui

**CPAM** : Mission Accompagnement Santé (MisAS) vise à faciliter l'accès aux droits et aux soins pour les personnes peu autonomes et/ou en difficultés de compréhension. Coordonne/organise ou réalise de l'accompagnement téléphonique des assurés en difficultés d'accès aux droits, renoncements, d'accès à des soins (financière, géographique, temporelle, handicap...), en fragilités face au numérique, en situations sociales complexes

Le Centre d'Examens de Santé à Valence propose des examens de prévention en santé, pris en charge à 100% sans avance de frais, destinés en priorité aux personnes de plus de 16 ans éloignées

<sup>1</sup> Soins Non Programmés

<sup>2</sup> Service d'Accès aux Soins (SAMU 26)

<p>du système de santé et en situation de précarité, qui ne bénéficient pas d'un suivi médical régulier par un médecin traitant et aux personnes qui recourent moins aux dispositifs de prévention</p> <p>Renforcer la connaissance et l'usage de mon espace santé</p> <p>Escape Game sur l'accès aux droits</p> <p><b>La CPTS</b> : les parcours existants et le rôle de la référente de parcours, les protocoles existants Dentaire et où trouver ceux qui les pratiquent, l'accès direct à l'orthophoniste sans prescription médicale et les professionnels qui le pratiquent, les nouvelles compétences des pharmaciens (vaccination à partir de 11ans, Tests rapides d'orientation (TROD) angine et cystite. Les relais santé sur le territoire avec La télémédecine assistée et augmentée par une Infirmière diplômée d'état libérale mise en place depuis juillet 2025 pour faciliter l'accès aux soins et le suivi de patients en particulier sans médecins traitant.</p> <p><b>Les acteurs contribuant à l'accompagnement santé</b> (La médiation santé CCAS, Département, PASS, Diaconat.)</p> <p><b>Le DAC</b> et ses missions de coordination de parcours complexe, d'information, d'orientation et de connaissance des ressources et le rôle des coordinateurs d'appui.</p> <p><b>Le Programme de Réussite Educative</b>, avec les référents de parcours, acteurs du repérage et de l'accompagnement personnalisé, des enfants et des leurs familles habitant les quartiers politique de la ville. Les vont à domicile et font l'accompagnement</p> <p><b>Le partage d'initiatives inspirantes</b>, développées par des professionnels parfois hors du territoire avec des outils opérationnels pour les professionnels ou pour les parents</p>	
<p><b>Calendrier prévisionnel de mise en œuvre</b> : 2027</p>	
<p><b>Périmètre de l'action</b></p>	<p><b>Public(s) cible(s)</b> : le grand public dont publics vulnérables, les professionnels de santé, du social et du médico-social</p>
	<p><b>Territoire concerné</b> : <input checked="" type="checkbox"/> Agglomération <input type="checkbox"/> Communes <input type="checkbox"/> QPV</p>
<p><b>Inégalités sociales et territoriales de santé</b></p>	<p>L'action apporte-t-elle une réponse graduée ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Action sur l'ensemble de la population</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Action ciblée sur les publics les plus vulnérables</p> <p><input type="checkbox"/> Action d'intensité proportionnelle aux besoins de santé de la population</p>
	<p>Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non Quel est le niveau de participation ?</p> <p><input type="checkbox"/> Information <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Implication dans la réalisation de l'action</p>
	<p>L'action implique-t-elle une coopération intersectorielle ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quels sont les secteurs mobilisés ?</p> <p><input type="checkbox"/> Emploi/insertion <input type="checkbox"/> Habitat/ logement <input type="checkbox"/> Aménagement du territoire</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Social/solidarité <input checked="" type="checkbox"/> Education <input type="checkbox"/> Autres :</p>
	<p><b>Indicateurs d'activité</b> (Pour suivre ce qui doit être fait. Ex : processus, étapes réalisées, partenaires mobilisés ...)</p>
<p><b>Indicateurs de résultats</b> (Pour évaluer les effets de l'action. Ex : mise en œuvre, public cible ...)</p>	<p>Temps de préparation : nombre de réunion, de partenaires</p> <p>Réalisation d'un support type : qui fait quoi pour qui, et d'un support d'évaluation : je viens pour, je pars avec, échelle de satisfaction.</p> <p>Réalisation d'un programme de la journée</p>
<p><b>Facilitants identifiés</b> (les éléments favorables existants qui faciliteront la mise en œuvre)</p>	<p>Nombre de professionnels et d'habitants venus</p> <p>Retour du support d'évaluation</p>
<p><b>Freins identifiés ou à lever</b> : (Risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.)</p>	<p>Des partenaires et des ressources identifiés</p>
<p><b>Freins identifiés ou à lever</b> : (Risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.)</p>	<p>La disponibilité des acteurs</p> <p>Action chronophage</p>

### 3 - Favoriser l'accès à Ma mutuelle Région Auvergne-Rhône-Alpes

#### AXE STRATEGIQUE 1 : Renforcer l'offre et l'accès à la santé

**OBJECTIF STRATEGIQUE : 1-3 Renforcer l'accès à la santé** (droits, soins, accompagnement social) **des publics vulnérables** (Personnes : âgées, en situation de précarité, isolées, femmes seules avec enfants)

#### Objectif(s) opérationnel(s) de l'action :

- Impliquer les élus pour être relais, faire adhérer et faciliter l'accès à une ressource à moindre coût
- Favoriser l'accès à cette complémentaire santé de la population qui en a besoin

**PILOTE (S) DE L'ACTION** : CCAS de Montélimar et coordinatrice CLS

**Partenaires de l'action à mobiliser** : Les mairies et CCAS, les associations, les services sociaux et médico-sociaux

**DUREE DE L'ACTION : durée du CLS** :  Pluriannuelle **Début : 2025**

#### CONTEXTE

##### Les principaux éléments d'analyse issus du diagnostic local de santé justifiant l'action

L'accès aux soins et à la prévention reste conditionné par le reste à charge des frais de santé. Des raisons financières génèrent des renoncements aux soins en l'absence de capacité à financer le reste à charge.

Sur l'agglomération de Montélimar on dénombre 8 327 personnes sans complémentaire santé (sources CPAM et MSA)

26% des Français ont déjà renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières (source la Région). Les tarifs des complémentaires santé sont en constantes augmentation chaque année.

Ma mutuelle Région Auvergne-Rhône-Alpes » déployée par la Région Auvergne Rhône Alpes, peut être une opportunité pour réduire le nombre de personnes sans complémentaires santé, La mutuelle Entrenous, partenaire de la Région, propose une offre élaborée avec pour objectif de garantir des tarifs attractifs, une meilleure couverture santé et de maîtriser l'évolution des tarifs La présentation de cette offre a été organisée, en 2025 pour les Maires via l'Association de Maires de la Drôme avec la Région et la mutuelle retenue, puis par la Coordinatrice CLS au sein de la commission famille des élus de l'agglomération.

2025 : Présence le 8/10 de la mutuelle Entrenous au 1er forum sénior de Montélimar. Des permanences bimestrielles par la suite. Réunion d'information le 27/10 à Montboucher sur Jabron, adhésion en perspective.

En complément, une offre spéciale dédiée aux jeunes de 18 à 30 ans de la région est également proposée par la SMERRA, partenaire de cette offre

#### DESCRIPTION DE L'ACTION

##### Descriptif de l'action (Etapas de réalisation) :

- **Interroger les communes sur les suites données** : intérêt, information des habitants, adhésion, freins identifiés

- **Favoriser le relais d'information par les acteurs** en relation avec les publics notamment vulnérables (Département, associations, centres sociaux, Mairies et CCAS)

- **Communiquer sur les offres**

**Calendrier prévisionnel de mise en œuvre** : 2026

##### Périmètre de l'action

**Public(s) cible(s)** : Personnes sans mutuelles, âgées. Jeunes.

**Territoire concerné** :  Agglomération  Communes  QPV



<b>Inégalités sociales et territoriales de santé</b>	L'action apporte -t -elle une réponse graduée ? <input type="checkbox"/> Action sur l'ensemble de la population <input checked="" type="checkbox"/> Action ciblée sur les publics les plus vulnérables <input checked="" type="checkbox"/> Action d'intensité proportionnelle aux besoins de santé de la population
	Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quel est le niveau de participation ? <input checked="" type="checkbox"/> Information <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Implication dans la réalisation de l'action
	L'action implique-t-elle une coopération intersectorielle ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non Quels sont les secteurs mobilisés ? <input checked="" type="checkbox"/> Emploi/insertion <input type="checkbox"/> Habitat/ logement <input type="checkbox"/> Aménagement du territoire <input checked="" type="checkbox"/> Social/solidarité <input type="checkbox"/> Education <input checked="" type="checkbox"/> Autres : association
<b>Indicateurs d'activité</b> <i>(Pour suivre ce qui doit être fait. Ex : processus, étapes réalisées, partenaires mobilisés ...)</i>	Les 25 communes ont été interrogées Les relais ont été fait auprès des partenaires
<b>Indicateurs de résultats</b> <i>(Pour évaluer les effets de l'action. .Ex : mise en œuvre, public cible ...)</i>	Nombre de communes ayant adhéré Nombre de personnes : reçues par communes, ayant pris la mutuelle Evolution annuelle du nombre d'assurés sans mutuelle (CPAM & MSA)
<b>Facilitants identifiés</b> <i>(les éléments favorables existants qui faciliteront la mise en œuvre)</i>	Une mutuelle identifiée, une volonté d'associer les communes Une possibilité d'adhérer à titre individuel Une offre spéciale pour les jeunes de 18 à 30 ans par la SMERRA CPAM et MSA pour faciliter l'observation, mutuelle Entrenous pour le nombre d'adhérents sur le territoire
<b>Freins identifiés ou à lever</b> <i>(Risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.)</i>	Du temps à consacrer pour les communes

## 4 - Renforcer et développer la médiation santé sur le territoire

### AXE STRATEGIQUE 1 Renforcer l'offre et l'accès à la santé

**OBJECTIF STRATEGIQUE 1-2 : Renforcer l'accès à la santé** (droits, soins, accompagnement, parcours) **des publics vulnérables** (Personnes : âgées, en situation de handicap, de précarité isolées, femmes seules avec enfants)

#### Objectif(s) opérationnel(s) :

- Renforcer la médiation santé en QPV à Montélimar,
- Etudier la faisabilité de développer un poste de médiateur pour les communes socialement défavorisées
- Améliorer l'accès à la santé des publics les plus éloignés du système de santé :
  - Aller vers ces publics, faciliter leurs démarches d'accès aux droits, à la prévention, aux soins et renforcer leur autonomie et leur capacité d'agir pour leur santé ;
  - Sensibiliser les acteurs du système de santé aux spécificités de ces publics (facteurs de vulnérabilité, obstacles rencontrés, potentialités) ;
  - Participer activement aux actions collectives de prévention existantes, les développer dans les territoires non couverts, en proposer d'autres en fonctions de besoins observés

<b>PILOTE (S) DE L'ACTION :</b>	<b>Centre Municipal de Santé/ Montélimar en lien avec le CCAS + autre pilote à trouver pour le reste du territoire/coordinatrice CLS</b>
<b>Partenaires de l'action à mobiliser</b>	CMS d'Espoulette, et de Loriol, CCAS de Montélimar et des villages concernés, Chez eustache, les centres sociaux, la PASS, Diaconat protestant (accueil santé), la CPTS
<b>DUREE DE L'ACTION : Durée du CLS</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Pluriannuelle <b>Début 2026</b>

### CONTEXTE

#### Les principaux éléments d'analyse issus du diagnostic local de santé justifiant l'action

- Indice FDEP (INSERM) : 9 communes identifiées comme socialement défavorisées : *Saulce-sur-Rhône, Les Tournettes, La Coucourde, Condillac, La Laupie, Bonlieu-sur-Roubion, Montélimar, Châteauneuf-du-Rhône, Cléon d'Andran.*
  - Population concernée : Environ 49 000 habitants, dont 8 018 en quartiers prioritaires de la politique de la ville.
  - Ressources communales : 4 CCAS (Montélimar + 3 villages).
  - Situation socio-économique plus fragile en ville-centre
  - Recours aux médecins généralistes et dentistes plus faible, pouvant indiquer un recours tardif par auto-censure, manque de connaissance et/ou d'information, difficulté à prendre des décisions en santé de façon éclairée et autonome : impact sur dépistage, suivi médical, et risque d'aggravation des problèmes de santé.
- 0,6 ETP de médiation santé existe au CCAS de Montélimar. Les permanences hebdomadaires dans les centres sociaux et au CCAS ont permis une fréquentation plus importante. Néanmoins ce temps est très insuffisant pour développer l'ensemble des missions attendues

### DESCRIPTION DE L'ACTION

#### Descriptif de l'action (Etapas de réalisation) :

**I Renforcer la médiation santé en QPV** Passer de 0.6 ETP à 0,9 ou 1 ETP pour développer la prévention, l'accompagnement santé, l'allers-vers  
Rechercher la possibilité de financement complémentaire dans le cadre de la politique de la ville pour Montélimar

**II Etudier la faisabilité de développer un poste de médiateur santé pour les communes ciblées si elles le souhaitent :** Coordinatrice CLS

- Faire connaître et expliquer les missions d'un médiateur santé
- Recueillir et analyser les besoins de médiation santé
- Etudier les modalités de portage dont financier d'un poste partagé

<b>III Favoriser les liens entre médiateurs et accompagnateurs santé pour réduire l'isolement</b> - Favoriser les échanges avec les médiateurs santé et accompagnateurs santé du territoire et participer aux réunions du collectif santé précarité, des médiateurs santé à l'échelle régionale (ARS)	
<b>Calendrier prévisionnel de mise en œuvre :</b> 2026- Poursuite au CCAS à l'identique ou avec augmentation selon validation 2027 - Etudier le besoin sur le reste ciblé de l'agglomération et trouver un portage 2027 ou 2028 – un poste de médiation santé au centre municipal de santé, quand le bâtiment en permettra l'accueil	
<b>Périmètre de l'action</b>	<b>Public(s) cible(s) : Personnes éloignées de la prévention et du soin, présentant un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité</b> (isolement géographique, familial ou social, couverture sociale absente ou partielle, environnement sanitaire défavorable, précarité, méconnaissance du système de santé, difficultés liées à la barrière de la langue ou du numérique, ...)
	<b>Institutions et professionnels intervenant dans le parcours de santé de ces personnes.</b> <b>Territoire concerné :</b> <input type="checkbox"/> Agglomération <input checked="" type="checkbox"/> Communes en FDEP <input checked="" type="checkbox"/> QPV
<b>Inégalités sociales et territoriales de santé</b>	L'action apporte-t-elle une réponse graduée ? <input type="checkbox"/> Action sur l'ensemble de la population <input checked="" type="checkbox"/> Action ciblée sur les publics les plus vulnérables <input type="checkbox"/> Action d'intensité proportionnelle aux besoins de santé de la population Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quel est le niveau de participation ? <input checked="" type="checkbox"/> Information <input type="checkbox"/> Consultation <input checked="" type="checkbox"/> Implication dans la réalisation de l'action
	L'action implique-t-elle une coopération intersectorielle ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quels sont les secteurs mobilisés ? <input checked="" type="checkbox"/> Emploi/insertion <input checked="" type="checkbox"/> Habitat/ logement <input type="checkbox"/> Aménagement du territoire <input checked="" type="checkbox"/> Social/solidarité <input type="checkbox"/> Education <input type="checkbox"/> Autres :
<b>Indicateurs d'activité</b> <i>(Pour suivre ce qui doit être fait. Ex : processus, étapes réalisées, partenaires mobilisés ...)</i>	Nb et lieux de permanences mis en place et nature des demandes Nb d'aller vers et pour quoi Nb de participation à des projets de prévention/ thématiques Nb d'accompagnements physiques réalisés pour l'accès aux soins et à la prévention pour les personnes les moins autonomes Nb de personnes orientées par des partenaires et lesquels Nb de personnes orientée vers des partenaires et lesquels
<b>Indicateurs de résultats</b> <i>(Pour évaluer les effets de l'action. Ex : mise en œuvre, public cible ...)</i>	Nombre de personnes : - ayant bénéficié d'ouverture de droits en santé - engagées ou réengagées dans une démarche de prévention - ayant réintégré une prise en charge de droit commun
<b>Facilitants identifiés</b> <i>(les éléments favorables existants qui faciliteront la mise en œuvre)</i>	Un co-financement de l'ARS, plutôt favorable pour un poste à 0.9/1ETP à Montélimar et sur territoire FDEP Un poste existant au CCAS à 0,6 ETP sur médiation De l'analyse de la pratique pour tous les agents Un accord de portage par le Centre Municipal de santé sous réserve de locaux plus grand Intégrer l'équipe de santé du CMS
<b>Freins identifiés ou à lever :</b> <i>(Risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.)</i>	Les locaux pour le Centre Municipal de Santé et l'échéance Le pourcentage de cofinancements par l'ARS L'accord de la DRH pour un poste au CMS et la possibilité budgétaire d'analyse de la pratique.

## 5 - Agir pour améliorer la santé des personnes en situation de handicap

### AXE STRATEGIQUE 1 : Renforcer l'offre et l'accès à la santé

**OBJECTIF STRATEGIQUE 1-2. Renforcer l'accès à la santé** (droits, soins, accompagnement, parcours) **des publics vulnérables** (Personnes : âgées, en situation de handicap, de précarité isolées, femmes seules avec enfants)

#### Objectif(s) opérationnel(s) de l'action :

Rendre accessible les ressources, dispositifs, actions  
Sensibiliser / informer/ communiquer

<b>PILOTE (S) DE L'ACTION</b>	<b>Plusieurs acteurs :</b> CPAM GHPP, Collectif Drôme Handicap (CDH), CCAS
-------------------------------	--

<b>Partenaires de l'action à mobiliser</b>	CPTS, l'embarcadère, Messidor, Département (MDA-CAP), CAMA (DRH) CAP Emploi
--	---

<b>DUREE DE L'ACTION : durée du CLS</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Pluriannuelle Début 2026</b>
---	---

### CONTEXTE

#### Les éléments principaux d'analyse issus du diagnostic local de santé justifiant l'action

- 1 337 bénéficiaires de l'AAH, dont 1 048 à Montélimar, 364 de l'AAEH sur l'agglomération.
- Formation/sensibilisation des professionnels de santé (médecins, dentistes, hôpital) à l'accueil des personnes en situation de handicap cognitif ou psychique.
- Accessibilité aux soins et aux lieux de vie : manque de stationnements adaptés, difficultés d'accès aux structures de loisirs, sport et culture.
- Parcours de soins complexes : délais longs pour les bilans/diagnostics, manque de formation au repérage des handicaps.
- Capacité d'accueil insuffisante dans certains établissements médico-sociaux, générant des stratégies d'inscription complexes.
- Inclusion scolaire en progression mais freinée par le manque de formation des enseignants, le déficit d'AESH, le délai d'accès aux SESSAD.
- Accès aux loisirs, sport, culture, limité par manque de places et d'encadrants qualifiés, méconnaissance de l'offre handisport, manque d'information pour les familles.
- Insertion professionnelle difficile : faible sensibilisation des entreprises.

### DESCRIPTION DE L'ACTION

#### Descriptif de l'action (Etapes de réalisation) :

##### I Recenser, centraliser, faire connaître les ressources, dispositifs, et actions du territoire

**I-1 Organiser un temps de sensibilisation pour les professionnels de santé et autres acteurs du territoire** (Résultats du baromètre [handifaction](#)<sup>3</sup>, témoignages, ressources et outils existants). **Qui** CLS/CPTS/CDH

- La coordinatrice CLS diffuse le questionnaire aux acteurs du groupe de travail qui le diffuseront dans les réseaux afin renforcer la connaissance et la participation des personnes concernées
- Prévoir des témoignages (verbatim, vidéos) avec des personnes concernées, via le CDH
- Définir les ressources à rassembler

##### I 2 Proposer et organiser, des séances d'information pour les acteurs en contact avec les familles

(professionnels les CCAS, élus sans CCAS)

Les dispositifs et les ressources existants, en lien avec la Maison Départementale de l'Autonomie et les CCAS et les points d'accueil MDA **Qui** : Département, 2 CCAS concernés

<sup>3</sup> Baromètre national qui mesure l'accès aux soins des personnes en situation de handicap. Il recueille la parole des personnes vivant avec un handicap et leur satisfaction concernant leur accès à la santé. Toutes les personnes vivant avec un handicap et leurs proches aidant peuvent contribuer.

<p><b>I 3 La charte <u>Romain Jacob</u><sup>4</sup>.</b></p> <p>En l'absence d'instance départementale réunissant les signataires de la charte Romain Jacob avec partage des déclinaisons concrètes, il sera proposé au Département et à l'ARS porteurs du Service Public De l'Autonomie de s'en emparer dans ce cadre</p> <p><b>II Communiquer sur les actions et ressources du territoire</b> (Mag Agglo, site web)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les résultats du Baromètre handifaction et les témoignages</li> <li>- Le plan d'action du GHPP sur les parcours de patients en situation de handicap et les partenaires y ayant contribué via le CLS</li> <li>- les ressources existantes</li> </ul> <p><b>III Sensibiliser</b> les professionnels accueillant des enfants (loisirs, périscolaire, culture) aux différents handicaps afin de mieux comprendre, faciliter les activités. <b>Qui</b> : l'APF</p> <p><b>IV- Favoriser la sensibilisation de la Communauté d'Agglomération de Montélimar et de la ville de Montélimar en participant au <u>duoday</u>, avec la plateforme emploi accompagné.</b></p> <p><b>Qui</b> : Direction des Ressources Humaines, CAP Emploi</p>	
<p><b>Calendrier prévisionnel</b> : 2026 Diffusion du Baromètre Handifaction, réalisation des témoignages et communication. Le reste sera à définir avec le Groupe de travail</p>	
<b>Périmètre de l'action</b>	<p><b>Public(s) cible(s)</b> : les personnes en situation de handicaps, les aidants, les professionnels de santé et autres, les élus, la collectivité</p> <p><b>Territoire concerné</b> : <input checked="" type="checkbox"/> Agglomération <input type="checkbox"/> Communes <input type="checkbox"/> QPV</p>
<b>Inégalités sociales et territoriales de santé</b>	<p>L'action apporte -t-elle une réponse graduée ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Action sur l'ensemble de la population</p> <p><input type="checkbox"/> Action ciblée sur les publics les plus vulnérables</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Action d'intensité proportionnelle aux besoins de santé de la population</p> <p>Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Quel est le niveau de participation ?</p> <p><input type="checkbox"/> Information <input type="checkbox"/> Consultation <input checked="" type="checkbox"/> Implication dans la réalisation de l'action</p> <p>L'action implique-t-elle une coopération intersectorielle ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Quels sont les secteurs mobilisés ? <input type="checkbox"/> Emploi/insertion <input type="checkbox"/> Habitat/ logement <input type="checkbox"/> Aménagement du territoire <input checked="" type="checkbox"/> Social/solidarité <input checked="" type="checkbox"/> Education <input type="checkbox"/> Autres :</p>
<b>Indicateurs d'activité</b> <i>(Pour suivre ce qui doit être fait. Ex : processus, étapes réalisées, partenaires mobilisés)</i>	<p>Poursuivre le groupe de travail 2 fois la 1<sup>ère</sup> année, puis un fois / (nombre de réunions)</p> <p>Nombre de partenaires mobilisés</p>
<b>Indicateurs de résultats</b> <i>(Pour évaluer les effets de l'action. Ex : mise en œuvre, public cible ...)</i>	<p>Nombre de participants par action (sensibilisation des professionnels de santé ...et autres, séances d'information, Sensibilisation des professionnels aux handicaps accueillant des enfants). Nb de participants au duoday</p>
<b>Facilitants identifiés</b> <i>(les éléments favorables existants qui faciliteront la mise en œuvre)</i>	<p>Le <b><u>Collectif Drôme Handicap</u></b>. Regroupe une 40<sup>aîne</sup> d'associations Drômoises Des ressources pour les professionnels, famille, etc par <b><u>COACTIS santé</u></b>. Des supports déjà existants des actions déjà cours</p>
<b>Freins identifiés ou à lever</b> <i>(Risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.)</i>	<p>La capacité à faire</p> <p>La disponibilité des acteurs visés par les actions</p> <p>Un programme d'actions ambitieux</p> <p>Les financements disponibles pour l'accessibilité</p>

<sup>4</sup> 12 principes pour fédérer l'ensemble des acteurs autour de l'amélioration de l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap

# **Axe Stratégique 2- Promouvoir la santé mentale**

## 6 - Installer et animer un Conseil Local de Santé Mentale

### AXE STRATEGIQUE : Promouvoir la santé mentale

- **OBJECTIF STRATEGIQUE : Développer un Conseil Local de Santé Mentale pour renforcer le maillage dialogue, partenariat santé, social, médico-social**

<b>PILOTE (S) DE L'ACTION</b>	<b>CHSM et CHDV, Elu référent, ARS, Coordinatrice CLSM</b>		
<b>Partenaires de l'action à mobiliser</b>	L'ensemble des acteurs pouvant contribuer au CLSM, le coordinateur du PTSM, les élus		
<b>DUREE DE L'ACTION : la durée du CLS</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Pluriannuelle	<b>Début : 2026</b>	

### CONTEXTE

#### Principaux éléments d'analyse issus du diagnostic local de santé justifiant l'action

La santé mentale a émergé comme une priorité dès le 1er comité de pilotage de préfiguration du Contrat Local de Santé. Deux groupes de travail du diagnostic local de santé ont été constitués : un pour les enfants et les jeunes, un pour les adultes et les seniors, complétés par des échanges avec les élus et les habitants, qui ont tous exprimé une forte préoccupation sur la santé mentale, notamment pour les jeunes.

Les indicateurs de santé confirment cette alerte : Montélimar présente un taux de patients sous ALD pour affections psychiatriques supérieur à la moyenne régionale, en particulier chez les hommes et chez les 15-24 ans. Le recours aux établissements psychiatriques, en ambulatoire comme en hospitalisation, est plus élevé qu'au niveau régional, notamment chez les femmes et les plus de 65 ans. Les hospitalisations pour tentatives de suicide et pour pathologies liées à l'alcool sont également plus fréquentes, surtout chez les femmes. Les jeunes sont particulièrement touchés par la souffrance psychique, les troubles anxieux et la consommation de substances. Chez les adultes, les troubles anxieux et le burn-out sont en hausse, sans réponse adaptée en CMP. Malgré des ressources identifiées, l'offre en psychiatrie est sous tension. Le recours aux infirmiers en première intention reste marginal, bien qu'il soit plus accessible. Renforcer le maillage entre acteurs de la santé, du social et du médico-social et le repérage et l'orientation entre professionnels sont des actions à développer.

L'installation et l'animation du Conseil Local de Santé Mentale, dont la finalité est de contribuer à l'amélioration de la santé mentale de la population du territoire se basera sur :

- La lutte contre la stigmatisation liée à la santé mentale (dont SISM<sup>5</sup> déjà existantes),
- Développer une offre graduée en santé mentale pour les Jeunes,
- Des formations Premiers Secours en Santé Mentale et 3 formations à la prévention du suicide et la mise en place d'un réseau des acteurs formés,
- L'amélioration de l'accès à la santé (prévention, droit, soins) dont addicto
- La centralisation et la communication des ressources existantes et les événements

### DESCRIPTION DE L'ACTION

#### Objectif(s) opérationnel(s) de l'action :

- Créer et animer les instances du CLSM, comité de suivi et assemblée plénière du CLSM (le copil du CLSM sera celui du CLS)
- Animer les groupes de travail sur CLSM (SISM et GT sur la déstigmatisation)
- Soutenir les actions prévues dans cet axe de travail
- Centraliser et communiquer sur les ressources existantes et les événements
- Signer une convention de partenariat avec les hôpitaux co-pilotes

<sup>5</sup> Semaines d'information sur la santé mentale

<b>Descriptif de l'action (Etapas de réalisation) :</b>	
Le comité de suivi CLSM : Elu référent, professionnels de la psychiatrie <sup>6</sup> (CHSM, CHDV), des représentants des personnes concernées par des troubles psychiques <sup>7</sup> , des aidants <sup>8</sup> , la coordinatrice du CLSM, l'ARS. Il pourra s'enrichir par d'autres acteurs	
Il suit les actions prioritaires menées dans le cadre du CLSM, Il définit le programme et le déroulé l'assemblée plénière.	
Si besoin d'actualiser les actions et les groupes de travail du CLSM, décision en COPIL CLS. Les objectifs de l'assemblée plénière du CLSM :	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Créer un espace de concertation élargie sur la santé mentale</li> <li>- Informer des actualités et travaux menés par le CLSM</li> <li>- Faire remonter du terrain des constats et besoins sur la santé mentale</li> <li>- Faire des suggestions en termes de fonctionnement et projets pour le CLSM</li> <li>- Renforcer les connaissances sur la santé mentale</li> </ul>	
Un moment important lors du lancement du CLSM, avec la signature d'une convention de partenariat entre la collectivité et les hôpitaux psychiatriques et aussi au fil du temps	
Elle se réunira la 1 <sup>ère</sup> année, puis tous les 18 mois soit 3 fois en 5 ans	
Les GT et actions prévus dans cet axe seront suivis annuellement	
<b>Calendrier prévisionnel de mise en œuvre :</b>	
Fin octobre 2026 1 <sup>er</sup> COTECH et mi-décembre 1 <sup>ère</sup> assemblée plénière	
Fin avril 2028 2 <sup>ème</sup> COTECH, mi-juin 2 <sup>ème</sup> assemblée plénière	
Fin octobre 2030 3 <sup>ème</sup> COTECH, mi -décembre 2030 3 <sup>ème</sup> assemblée plénière	
<b>Périmètre de l'action</b>	<b>Public(s) cible(s) :</b> l'ensemble des acteurs du territoire concernés pas la santé mentale
	<b>Territoire concerné :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Agglomération <input type="checkbox"/> Communes <input type="checkbox"/> QPV
<b>Inégalités sociales et territoriales de santé</b>	L'action apporte -t -elle une réponse graduée ? <input type="checkbox"/> Action sur l'ensemble de la population <input checked="" type="checkbox"/> Action ciblée sur les publics les plus vulnérables <input checked="" type="checkbox"/> Action d'intensité proportionnelle aux besoins de santé de la population
	Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui Quel est le niveau de participation ? <input checked="" type="checkbox"/> Information <input type="checkbox"/> Consultation <input checked="" type="checkbox"/> Implication dans la réalisation de l'action
	L'action implique-t-elle une coopération intersectorielle ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quels sont les secteurs mobilisés ? <input checked="" type="checkbox"/> Emploi/insertion <input checked="" type="checkbox"/> Habitat/ logement <input checked="" type="checkbox"/> Aménagement du territoire <input checked="" type="checkbox"/> Social/solidarité <input checked="" type="checkbox"/> Education <input type="checkbox"/> Autres :
<b>Indicateurs d'activité</b> <i>Pour suivre ce qui doit être fait. Ex : processus, étapes réalisées, partenaires mobilisés ...)</i>	Le comité de suivi et l'assemblée plénière du CLSM sont mis en place, Nombre et type de participants/ instances
<b>Indicateurs de résultats</b> <i>Pour évaluer les effets de l'action. Ex : mise en œuvre, public cible ...</i>	Suivi annuel du plan d'action
<b>Facilitants identifiés</b> <i>les éléments favorables existants qui faciliteront la mise en œuvre</i>	La coordination des SISM est reconnue par les partenaires. Elle rassemble une grande diversité d'acteurs du territoire. selon la thématique annuelle. Des associations et des professionnels de la collectivité déjà formés au PSSM, les acteurs du territoire formateurs PSSM Le Centre national de ressources et d'appui aux CLSM (CCOMS) Le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)
<b>Freins identifiés ou à lever</b> <i>(Risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.)</i>	Disponibilité des partenaires Veiller à coconstruire, au respect de la place de chacun Toucher le grand public

<sup>6</sup> En raison de leurs connaissances spécialisées et de leurs compétences métiers

<sup>7</sup> Personnes ayant vécu ou vivant avec des troubles psychiques, et disposant de savoirs issus de leur expérience

<sup>8</sup> Associations d'aidants et représentants des familles,



## 7 - Créer une antenne ou Maison Des Adolescents (MDA) et un Point d'Accueil et d'Ecoute Jeunes (PAEJ)

### AXE STRATEGIQUE 2 : Promouvoir la santé mentale

OBJECTIF STRATEGIQUE 2-2 : Développer de l'offre graduée pour les jeunes et leurs familles (PAEJ, MDA)

PILOTES DE L'ACTION

MDA : ARS CHSM/ CHDV

PAEJ : Sauvegarde 26

DUREE DE L'ACTION : Durée du CLS

Pluriannuelle Début : 2026

### CONTEXTE

#### Les principaux éléments d'analyse issus du diagnostic local de santé justifiant l'action

- Une forte proportion de jeunes de moins de 20 ans.
- Des familles en difficulté, parfois isolées inquiètes vis-à-vis de leurs adolescents
- Une augmentation post covid de situations d'isolement, mal-être, conduites suicidaires, troubles anxieux, phobie scolaire, conduites addictives.
- un taux de séjours pour tentatives de suicide plus élevé chez les jeunes femmes à Montélimar.
- Une offre de soins en tension : accès difficile et délais longs en psychiatrie, fermeture temporaire de l'unité d'hospitalisation du GHPP en mai 2025, faute d'addictologues, Pédiatrie ; hospitalisation non adaptée aux adolescents en crise
- Réorganisation des services de Tempo Oppelia et d'Addictions France, pour une couverture territoriale plus adaptée aux besoins du territoire.
- Absence de structures de proximité dédiées à la santé mentale des jeunes (MDA, PAEJ) à Montélimar. Difficulté d'accès aux structures existantes à Valence, Romans, Ardèche.
- Le Projet Territorial de Santé Mentale de la Drôme va répondre aux 6 priorités nationales : parmi ces dernières l'antenne ou la MDA à Montélimar souhaite concourir dans son champ d'expertise aux priorités suivantes :
- Priorité 1 : « repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles. »
- Priorité 4 : « La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence. »
- Priorité 6 : « L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la Santé mentale (focus sur les enfants/adolescents et jeunes adultes). »

**Articulation des projets :** En raison de la « proximité » des **Maisons des Adolescents (MDA)** et des **Point Accueil et Ecoute Jeunes (PAEJ)** et des publics accueillis, accueil inconditionnel... une attention particulière doit être portée dès le départ à leur articulation et complémentarité sur le territoire, afin d'être lisible pour le public, les partenaires, et les co-financeurs, mais surtout pour optimiser les réponses en faveur de la jeunesse.

A noter que chaque diapositif a un cahier des charges ou référentiel qui lui est propre. Il est défini par la CAF que si PAEJ et MDA existent sur un même territoire, le PAEJ doit travailler en étroite collaboration avec la MDA. Les éléments suivants fondent les différences entre MDA et PAEJ, rendant lisible leur complémentarité

#### MDA

Ils n'opèrent pas de la même place, ni de la même manière

#### PAEJ

#### Champ de la prévention en santé

- Accompagnement pluri-partenarial autour des déterminants en santé et santé mentale
- Evaluation, orientation et accompagnement dans le parcours de soins et d'accompagnement

Assurent des **missions de prévention et promotion en santé** psychique et somatique. Elles assurent un accompagnement de très courte durée, qui peut être prolongé, lorsque nécessaire, par l'accompagnement d'un PAEJ en Aval.

#### Champ du social

- Accompagnement généraliste
- Soutient l'inscription dans les liens familiaux et sociaux

Les **PAEJ** sont davantage mobilisés sur la **dimension sociale de la souffrance**, alors associée au risque de pauvreté, de délinquance et de marginalisation. Ils peuvent orienter un jeune vers un MDA pour des questions centrées sur la santé.

DESCRIPTION DE L'ACTION	MDA ou Antenne MDA
<p><b>Objectif(s) opérationnel(s)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposer un accès à un espace d'accueil neutre, ouvert et non stigmatisant aux adolescents</li> <li>- Informer les acteurs non compétents en psychiatrie au repérage des troubles psychiques et aux ressources de prise en charge par des rencontres favorisant le développement d'une culture commune.</li> <li>- Contribuer au développement de la culture de référent de parcours lorsque le jeune doit s'inscrire dans les soins.</li> <li>- Prévenir la survenue des situations d'urgence par une première ligne d'écoute, d'aide, d'orientation et d'accompagnement aux jeunes en situation de « crise ».</li> <li>- Proposer un accueil, une écoute, un soutien, délivrer des informations et conseils aux familles et professionnels pour répondre aux familles,</li> <li>- Proposer des actions de sensibilisation du public sur le lien entre difficultés psychiques, addictions, substances psychoactives, désocialisation, isolement, décrochage scolaire</li> <li>- Proposer des actions d'information et de soutien en direction des parents concernés,</li> <li>- Proposer un accueil et un accompagnement de seconde ligne (RV après premier accueil) spécifique aux questions de sexualité, contraception, IVG.</li> <li>- Renforcer les liens et mutualiser des moyens par les partenariats avec les structures de soins en addictologie (CSAPA, CJC) et l'Education Nationale.</li> <li>- Proposer des actions pluri-partenariales de sensibilisation sur l'alcool en mobilisant les acteurs des réseaux locaux (adolescents/santé précarité/addicto).</li> <li>- Développer, renforcer les réseaux existants pour une culture commune et pour mieux accompagner les jeunes et les familles.</li> <li>- Favoriser l'accès aux droits, aux soins, informations avec les partenaires compétents.</li> </ul>	
<p><b>Descriptif de l'action (Etapas de réalisation)</b></p> <p>La Maison des Adolescents est un lieu d'information, d'accompagnement et de soutien. L'accueil et le suivi sont de courte durée et permettent, en première ligne, un repérage de situations à risque tout en contribuant à la coordination du parcours de santé. Le dispositif est organisé en pôles d'activités</p> <p><b><u>Le pôle d'activités « cliniques » :</u></b></p> <p>Il regroupe les activités d'accueil, de soutien, d'orientation et d'accompagnement. Il pourra être complété par de « l'aller-vers » le public le plus éloigné du soin présent dans l'agglomération.</p> <p><b><u>Le pôle d'activité « ressource »</u></b></p> <p>Il regroupe les activités visant à faire connaître le dispositif, animer et coordonner un réseau d'acteurs œuvrant auprès du public adolescent, apporter un appui aux professionnels, mener des actions collectives de prévention et promotion de la santé.</p> <p><b>Accueil du public adolescent et des familles</b></p> <p>Accueil téléphonique : Plage d'accueil téléphonique à étendre au-delà des ouvertures au public à hauteur de 20h/ semaine</p> <p>Accueil physique : les plages d'accueil avec ou sans RV seront envisagées sur des horaires adaptés, sur des plages de temps « scolaires » et en dehors de ces plages.</p>	
<p><b>Calendrier prévisionnel de mise en œuvre :</b></p> <p>2026. Étude de faisabilité/ local, mobilisation des partenaires. Recensement des temps d'investissement. Finalisation projet, recherche de financements.</p> <p>2027. Recrutement d'une équipe pluridisciplinaire. Lancement de la structure et suivi des indicateurs</p>	
<p><b>Partenaires de l'action à mobiliser :</b></p>	<p><b>Education Nationale</b> (Santé scolaire et CIO), PJJ, Département (<b>Aide Sociale à l'Enfance</b>, Centre Médico-Sociaux), <b>Acteurs de la santé somatique</b> GHPP (Pédiatrie, Centre de Santé Sexuelle), Opellia Tempo et Addictions France, SESSAD, PiJ, Sauvexgarde 26 (Prévention spécialisée) Foyers Matter, Mission locale Portes de Provence, Montélimar Centres sociaux, EVS, PRE, structures accueillant des jeunes dans les communes, CPTS, <b>Acteurs de la santé psychique</b> (CMP, CHDV et CHSM)</p>
<p><b>Périmètre de l'action</b></p>	<p><b>Public(s) cible(s) :</b> Adolescents 11 à 21 ans, voire 25 ans, familles d'adolescents, les professionnels qui les entourent</p>

	<b>Territoire concerné :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Agglomération <input type="checkbox"/> Communes <input type="checkbox"/> QPV
<b>Inégalités sociales et territoriales de santé</b>	L'action apporte -t -elle une réponse graduée ? <input type="checkbox"/> Action sur l'ensemble de la population <input type="checkbox"/> Action ciblée sur les publics les plus vulnérables <input checked="" type="checkbox"/> Action d'intensité proportionnelle aux besoins de santé de la population
	Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quel est le niveau de participation ? <input type="checkbox"/> Information <input checked="" type="checkbox"/> Consultation <input checked="" type="checkbox"/> Implication dans la réalisation de l'action
	L'action implique-t-elle une coopération intersectorielle ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quels sont les secteurs mobilisés ? <input type="checkbox"/> Emploi/insertion <input type="checkbox"/> Habitat/ logement <input type="checkbox"/> Aménagement du territoire <input checked="" type="checkbox"/> Social/solidarité <input checked="" type="checkbox"/> Education <input type="checkbox"/> Autres :
<b>Indicateurs d'activité</b> <i>(Pour suivre ce qui doit être fait. Ex : processus, étapes réalisées, partenaires mobilisés)</i>	- Poursuivre le groupe de travail pour affiner et définir le projet (nombre de réunions) - Nombre de partenaires mobilisés - Nombre de professionnels impliqués dans la MDA/ Structures concernée
<b>Indicateurs de résultats</b> <i>(Pour évaluer les effets de l'action. Ex : mise en œuvre, public cible ...)</i>	- Nombre de jeunes accueillis - Nombre de familles accompagnées - Nombre de professionnels soutenus - Nombre d'actions collectives menées - Nombre de jeunes ayant pu accéder aux soins Qualitatif Amélioration du repérage des troubles Renforcement du maillage partenarial Satisfaction des personnes accueillies, des professionnels, des participants
<b>Facilitants identifiés</b> <i>(les éléments favorables existants qui faciliteront la mise en œuvre)</i>	- Une priorité de l'ARS et de la collectivité - Engagement des acteurs locaux - De l'attente des acteurs et des jeunes, - Réseau existant « Ado Addicto » - La création d'un BIJ (bureau information jeunesse)
<b>Freins identifiés ou à lever</b> <i>(Risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.)</i>	- Trouver un local dans un contexte de tension en cœur de ville - Tension des structures de proximité, - Saturation des dispositifs existants - Complexité des relais inter-partenariaux - Financement et cofinancement dans un contexte de tension budgétaire - La particularité des périmètres de la sectorisation de psychiatrie

DESCRIPTION DE L'ACTION	PAEJ
<p><b>Objectif(s) opérationnel(s)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Prévenir les situations à risques pour éviter les décrochages et ruptures chez les adolescents et jeunes adultes ;</li> <li>-Rétablir le dialogue et restaurer des liens de confiance entre ces adolescents et jeunes adultes et leur environnement familial (scolaire, périscolaire, professionnel, administratif...) ;</li> <li>-Participer au bien être des adolescents et jeunes adultes et concourir de fait à leur insertion sociale, culturelle et professionnelle ;</li> <li>-Favoriser l'autonomie des jeunes et leur capacité d'initiative et d'action</li> </ul> <p>Objectifs cohérents avec les missions des équipes de prévention spécialisée de la Sauvegarde 26 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Prévenir et réduire les phénomènes de marginalisation et de décrochage social des jeunes d'un territoire prescrit</i></li> <li>- <i>Faciliter leur insertion et leur promotion sociale</i></li> <li>- <i>Renforcer les capacités éducatives de l'environnement familial et social de ces jeunes. La prévention spécialisée agit sur la base d'une implantation territorialisée, avec l'objectif d'obtenir l'adhésion des jeunes.</i></li> </ul> <p>Ces objectifs sont cohérents également avec les 3 niveaux de prévention structurant l'intervention de la prévention spécialisée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primaire : éviter l'apparition des problèmes, en agissant avant que les difficultés ne surviennent.</li> <li>- Secondaire : détecter précocement les problèmes et intervenir rapidement « au moment critique », visant à limiter l'aggravation.</li> <li>- Tertiaire : réduire les conséquences des difficultés installées et éviter les rechutes, « en aval », en accompagnant vers la reconstruction et l'autonomie</li> </ul>	
<p><b>Description de l'action et calendrier prévisionnel de mise en œuvre :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>1ère année</b> : début des actions à Montélimar uniquement.</li> </ul> <p>Actions collectives : projet Puygiron (parents, enfants), Paroles d'Ados (espace d'expression ados), charrette santé, intervention dans les établissements scolaires (éducation sexualité et vie affective, écrans...).</p> <p>Accompagnements individuels.</p> <p>Accueil physique et téléphonique (en complémentarité avec le BIJ et si 1 ETP sur PAEJ).</p> <p>Aller vers : travail de rue et présence sociale, présence sur les réseaux sociaux</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>2ème année</b> : Interventions ponctuelles et régulières dans l'agglomération sur des lieux stratégiques avec un mini bus itinérant.</li> </ul> <p>Mise en réseau, élaboration de projet de partenariat avec les acteurs de l'agglomération</p> <p>Développement des actions collectives « Parentalité »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>3ème année</b> : Mise en œuvre et expérimentation du travail en partenariat avec les acteurs de la jeunesse des territoires.</li> </ul> <p>Développement des actions collectives en direction des professionnels (sensibilisation).</p> <p>Permanence hors les murs chez des partenaires accueillant des jeunes ou parents pour renforcer l'accessibilité du PAEJ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>4ème année</b> : Mise en place d'antennes territorialisées avec une équipe mobile.</li> </ul> <p>Travail en réseau et en partenariat formalisé et expérimenté.</p> <p>Evaluation et réajustement du projet. Développement de projets en réponse aux attentes et besoins.</p>	
<p><b>Partenaires de l'action à mobiliser :</b> projet sauvegarde 26</p>	<p><b>Santé</b> : Tempo, CMP, CMS, infirmières scolaires, promotion santé , Hôpital PASS, Addiction France, Centre de santé sexuelle  <b>Urgence sociale</b> : CCAS, CHRS Diaconat, 115 SIAO, ABRI,  <b>Education scolaire</b> : établissements scolaires, CIO, PRE, Service jeunesse Agglo, dispositif relais,  <b>Protection de l'enfance</b> : PJJ, CMS et ASE 26, CMS ASE 07, Foyer et ateliers Matter, Pluriels, AEMO  Sauvegarde 26, ANEF, Le Phare, PAEJ Valence, AMAP, CNALPS,  <b>Insertion professionnelle</b> : ML, France travail, STAJ, Juby Intérim, XP2I, Convergence 26, Montélovélo, Service technique Mairie Montélimar,  <b>Culture, Animation</b> : Centres sociaux, Service jeunesse, associations ,  <b>Sécurité, tranquillité publique</b> : Ville de Montélimar CLSPDR, service médiation, Politique de la ville</p>
<p><b>Périmètre de l'action</b></p>	<p><b>Public(s) cible(s)</b> : jeunes âgés de 12 à 25 ans ainsi que leurs familles.</p> <p><b>Territoire concerné</b> : <input checked="" type="checkbox"/> Agglomération <input type="checkbox"/> Communes : <input checked="" type="checkbox"/> QPV</p>

<b>Inégalités sociales et territoriales de santé</b>	<p>L'action apporte-t-elle une réponse graduée ?  <input type="checkbox"/> Action sur l'ensemble de la population  <input type="checkbox"/> Action ciblée sur les publics les plus vulnérables  <input checked="" type="checkbox"/> Action d'intensité proportionnelle aux besoins de santé de la population</p> <p>Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Quel est le niveau de participation ?  <input checked="" type="checkbox"/> Information <input type="checkbox"/> Consultation <input checked="" type="checkbox"/> Implication dans la réalisation de l'action</p> <p>L'action implique-t-elle une coopération intersectorielle ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Quels sont les secteurs mobilisés ? <input type="checkbox"/> Emploi/insertion <input type="checkbox"/> Habitat/ logement <input type="checkbox"/> Aménagement du territoire <input checked="" type="checkbox"/> Social/solidarité <input checked="" type="checkbox"/> Education <input type="checkbox"/> Autres :</p>
<b>Indicateurs d'évaluation : projet Sauvegarde 26</b>	<p><b>Indicateurs de la Prévention spécialisée :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de jeunes en audience / en « accroche » / en accompagnement</li> <li>- Répartition par tranche d'âge / sexe / domiciliation</li> <li>- Nombre de familles connues / accompagnées</li> <li>- Origine de la relation</li> </ul> <p><b>Indicateurs spécifiques au PAEJ :</b></p> <p>Quantitatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Premier contact avec le PAEJ : Visite dans les locaux du PAEJ <ul style="list-style-type: none"> <li>-Appel téléphonique ou SMS</li> <li>-Prise de contact via les réseaux sociaux</li> </ul> </li> <li>-Nombre de RDV pris et honorés</li> <li>-Taux de retour des jeunes après un premier RDV</li> <li>-Nombre d'activités collectives réalisées</li> <li>-Nombre de permanences « hors les murs »</li> <li>-Nombre de réorientation vers des partenaires</li> <li>-Nombre de partenariats actifs</li> </ul> <p>Qualitatifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Evolution du bien-être perçu par les jeunes</li> <li>-Satisfaction des jeunes, des partenaires, des familles (optionnel)</li> </ul> <p><b>Les indicateurs du projet « Psys de rue » :</b>  Elaborés conjointement avec l'ORS dans le cadre de l'évaluation du projet « Psys de rue » réalisée en 2025 à la demande de l'ARS.</p>
<b>Facilitants identifiés</b> <i>(les éléments favorables existants qui faciliteront la mise en œuvre)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Un porteur, bien identifié localement, implanté depuis longtemps</li> <li>-L'attente des acteurs et des jeunes,</li> <li>- La participation au « réseau ado addicto »</li> <li>- La création d'un BIJ (bureau information jeunesse)</li> </ul>
<b>Freins identifiés ou à lever</b> <i>(Risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.)</i>	<p>La viabilité du PAEJ reposera sur la possibilité d'intégrer dans le cofinancement les moyens déjà mis en œuvre dans le cadre de la prévention spécialisée (financée par le Conseil départemental et la Ville de Montélimar) et du projet « Psys de rue » (financé par l'ARS)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-La recherche de financement complémentaires</li> </ul>

## 8 - Contribuer au Réseau Addictologie Psychiatrie Précarité (RAPP)

AXE STRATEGIQUE N° 2 : Promouvoir la santé mentale

OBJECTIF STRATEGIQUE N°2-3 : Renforcer l'interconnaissance, les connaissances pour faciliter le maillage

### Objectif(s) Opérationnel(s)

- Se rencontrer régulièrement afin d'échanger autour de certaines thématiques liées à l'addictologie, la psychiatrie.
- Réfléchir aux situations problématiques et à des parcours patients/critères d'orientation
- Communiquer sur les missions, organisations et actualités de chaque structure
- Organiser des temps de sensibilisation pour les acteurs du territoire,

<b>PORTEURS DE L'ACTION</b>	<b>GHPP (ELSA, PASS, Service social des Urgences), Oppelia Tempo, Addiction France, Diaconat protestant (Entraide, Accueil Santé, CHRS, CHRUS)</b>
<b>Partenaires de l'action mobilisés</b>	CHSM (CMP, équipe mobile psychiatrie précarité), Coordinatrice CLSM, et d'autres à mobiliser : GHPP service des urgences, etc.)
<b>DUREE DE L'ACTION : durée du CLS selon besoins</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Pluriannuelle <b>Début : 2025</b>

### CONTEXTE

#### Principaux éléments d'analyse issus du diagnostic local de santé justifiant l'action.

Fin mai 2025, le GHPP a été contraint de fermer temporairement l'unité d'hospitalisation du service d'addictologie, compte tenu des difficultés de recrutement de médecins addictologues, avec maintien de l'Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) dans les services hospitaliers.

Le report observé de patients vers le secteur associatif, déjà en tension, et en médecine générale rend la situation complexe. A l'initiative de l'Equipe ELSA un Réseau Addicto Psychiatrie Précarité, a été mis en place, avec des rencontres trimestrielles

### DESCRIPTION DE L'ACTION

#### Descriptif de l'action (Etapas de réalisation) :

- Poursuivre trimestriellement les temps d'interconnaissance, d'actualité des acteurs
- Poursuivre l'identification des problématiques et des besoins pour identifier les pistes d'actions possibles pour améliorer le parcours de soin (*protocoles, procédures, conventions, outils de communication sécurisés à trouver pour des alertes, recours à d'autres partenaires...*)
- Organiser des temps de sensibilisation ponctuels, ouverts à d'autres acteurs
- Réfléchir à des modalités d'organisation du RAPP afin d'en faciliter son fonctionnement dans la durée et répartir la charge (ordres du jour, comptes-rendus, copil partenarial ?)

**Calendrier prévisionnel de mise en œuvre** : le RAPP étant récent, il sera à définir avec les porteurs

<b>Périmètre de l'action</b>	<b>Public(s) cible(s)</b> : les acteurs en lien avec des personnes cumulant des problématiques, d'addiction, de psychiatrie, de précarité. <b>Territoire concerné</b> : <input checked="" type="checkbox"/> Agglomération <input type="checkbox"/> Communes r <input type="checkbox"/> QPV
<b>Inégalités sociales et territoriales de santé</b>	L'action apporte-t-elle une réponse graduée ? <input type="checkbox"/> Action sur l'ensemble de la population <input checked="" type="checkbox"/> Action ciblée sur les publics les plus vulnérables <input checked="" type="checkbox"/> Action d'intensité proportionnelle aux besoins de santé de la population
	Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ? <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non Quel est le niveau de participation ? <input type="checkbox"/> Information <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Implication dans la réalisation de l'action
	L'action implique-t-elle une coopération intersectorielle ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quels sont les secteurs mobilisés ? <input type="checkbox"/> Emploi/insertion <input type="checkbox"/> Habitat/ logement <input type="checkbox"/> Aménagement du territoire <input checked="" type="checkbox"/> Social/solidarité <input type="checkbox"/> Education <input checked="" type="checkbox"/> Autres : psychiatrie, addiction, santé, hébergement
<b>Indicateurs d'activité</b> <i>(Pour suivre ce qui doit être fait. Ex : processus, étapes)</i>	Nombre de réunion du RAPP, partenaires mobilisés, partenaires présents Définir les autres acteurs à inviter Programmation des réunions à l'année, CR des réunions selon l'objet

<i>réalisées, partenaires mobilisés)</i>	Les modalités d'organisation du RAPP sont définies
<b>Indicateurs de résultats</b> <i>(Pour évaluer les effets de l'action. Ex : mise en œuvre, public cible ...)</i>	Les problématiques et besoins prioritaires sont identifiés et des propositions d'actions concrètes sont faites pour améliorer le parcours de soin Un temps de sensibilisation est réalisé
<b>Facilitants identifiés</b> <i>(les éléments favorables existants qui faciliteront la mise en œuvre)</i>	Des acteurs se connaissant bien et s'interpellent quand nécessaire Une volonté partagée d'améliorer la situation des patients les plus vulnérables Un réseau sanitaire et social qui s'étoffe au fil du temps
<b>Freins identifiés ou à lever.</b> <i>(Risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.)</i>	Du turn-over dans les équipes fragilisant les modes de faire interprofessionnels Des professionnels en tension Modalités éthiques à trouver si échange autour de situations individuelles

## 9 - Poursuivre des soirées Santé Mentale et Addictologie

### AXE STRATEGIQUE N° 2 : Promouvoir la santé mentale

#### OBJECTIF STRATEGIQUE N°2-3 : Renforcer l'interconnaissance, les connaissances pour faciliter le maillage

##### Objectif(s) Opérationnel(s) de l'action

- Informer sur l'offre de soins du territoire
- Améliorer l'orientation des patients
- Informer sur les nouvelles dynamiques et projets dont de prévention en lien avec ces thématiques
- Renforcer une dynamique de travail en réseau entre professionnels de santé

##### PILOTE (S) DE L'ACTION

CPTS en lien avec **coordinatrice CLSM, chef de service Oppelia tempo**

##### Partenaires de l'action à mobiliser

CHSM/ CHDV/ Addiction France

##### DUREE DE L'ACTION : durée du CLS

Pluriannuelle

Début : 2026

#### CONTEXTE

##### Principaux éléments d'analyse issus du diagnostic local de santé justifiant l'action.

Constat d'offre de soins en tension en psychiatrie et en addictologie

Le besoin de renforcer le maillage, le dialogue, le partenariat local :

- entre acteurs de la santé mentale, médecine de ville et acteurs social/médico-social
- en facilitant l'interconnaissance (missions et modalités d'accès), en facilitant/soutenant les projets partagés (CPTS, CLSM)

Faciliter la sensibilisation des professionnels et optimiser les orientations vers le soin.

#### DESCRIPTION DE L'ACTION

##### Descriptif de l'action (Etapas de réalisation) :

Organiser une soirée santé mentale/ an et une soirée Addicto/ an :

- définir en amont le contenu et les partenaires à faire venir par thématique
- recueillir les besoins des adhérents pour définir le contenu des soirées

Si les sujets restent à définir, des pistes sont posées :

- pour santé mentale : partir du recueil « je repars avec » de la 1<sup>ère</sup> soirée, ou retours à posteriori Selon calendrier, informer sur l'offre graduée en santé mentale à Montélimar pour les jeunes, dans le cadre du CLSM : antenne ou Maison Des Adolescents
- Pour l'addicto : informer des évolutions de l'offre de soin pour le secteur associatif
- Proposer une offre de formation aux professionnels de santé intéressés, à réaliser par le médecin d'Oppélia Tempo
- Pour addiction et santé mentale : informer sur le nouveau Réseau Addicto Psychiatrie Précarité

**Calendrier prévisionnel de mise en œuvre** : 2026 et années suivantes

##### Périmètre de l'action

**Public(s) cible(s)** : Les adhérents CPTS et autres invités selon sujet

**Territoire concerné** :  Agglomération  Communes  QPV, Territoire de la CPTS

##### Inégalités sociales et territoriales de santé

L'action apporte-t-elle une réponse graduée ?

Action sur l'ensemble de la population

Action ciblée sur les publics les plus vulnérables

Action d'intensité proportionnelle aux besoins de santé de la population

Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?

Oui  Non Quel est le niveau de participation ?

Information  Consultation  Implication dans la réalisation de l'action

L'action implique-t-elle une coopération intersectorielle ?

Oui  Non Quels sont les secteurs mobilisés ?

Emploi/insertion  Habitat/ logement  Aménagement du territoire

Social/solidarité  Education  Autres :



<b>Indicateurs d'activité</b> <i>Pour suivre ce qui doit être fait. Ex : processus, étapes réalisées, partenaires mobilisés</i>	Un recueil des besoins est réalisé Un fiche projet est réalisée par soirée, comme la 1 <sup>ère</sup> fois Des partenaires intervenants sont invités
<b>Indicateurs de résultats</b> <i>Pour évaluer les effets de l'action. Ex : mise en œuvre, public cible ...</i>	Les deux soirées annuelles sont réalisées Satisfaction des professionnels Des sujets proposés
<b>Facilitants identifiés</b> <i>les éléments favorables existants qui faciliteront la mise en œuvre</i>	Une soirée santé mentale réalisée en 2025, 35 participants Le contexte de l'addictologie peut être une motivation pour une soirée sur l'addictologie
<b>Freins identifiés ou à lever</b> <i>Risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.</i>	La participation des libéraux

## 10 - Poursuivre et développer des actions de déstigmatisation

**AXE STRATEGIQUE : Promouvoir la santé mentale**

**OBJECTIF STRATEGIQUE 2-4 : Poursuivre la déstigmatisation**

<b>PILOTE (S) DE L'ACTION</b>	<b>Coordinatrice CLSM</b> en lien avec <b>REPSY, Messidor, CHSM</b> dont réhabilitation, <b>UNICEF, L'Embarcadère, l'UNAFAM</b>
<b>Partenaires de l'action à mobiliser</b>	L'Education nationale (CPE, Enseignant, IDE, AS, CIO), GEM l'Envol, Promotion Santé, acteurs du social, médico-social, et de la santé, CPTS, promotion santé, service jeunesse, éducation centre sociaux MJC, Sauvegarde 26, PRE, CHDV, Médiathèque, Théâtre, Cinémathèque ...
<b>DUREE DE L'ACTION : durée du CLS CLSM</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Pluriannuelle</b> <b>Début : 2026</b>

### CONTEXTE

#### Principaux éléments d'analyse issus du diagnostic local de santé justifiant l'action.

Il a été pointé que "l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique est souvent délicate en milieu ordinaire, nécessitant une sensibilisation des employeurs y compris dans la fonction publique territoriale et que certains jeunes suivis par la Mission locale avec diagnostic ou suspicion de handicap, refusent « l'étiquette handicap/RQTH » par crainte de stigmatisation sociale. Il est donc nécessaire de travailler sur une meilleure acceptation sociale de la maladie (déstigmatisation).

Les enjeux de lutte contre la stigmatisation en santé mentale, les préjugés vis-à-vis des troubles psychiques et de la psychiatrie sont bien présents sur le territoire, tant pour les personnes souffrant de troubles psychiques (dont auto-stigmatisation) que pour les proches, familles, professionnels, ainsi que pour la population générale pour valoriser les ressources et déconstruire les stéréotypes entraînant un retard dans le recours aux soins et l'insertion professionnelle. Par ailleurs la période des SISM<sup>9</sup> est jugée insuffisante : il semble donc nécessaire d'élargir la mise en œuvre d'actions sur l'ensemble de l'année.

#### Les besoins repérés lors de la rédaction de la fiche :

- Parler du fait que l'on peut se soigner, vivre avec un trouble psychique.
- Parler entre pairs et développer la Pair- Aidance (à partir de son expérience, de la compréhension de son propre processus de rétablissement, le pair-aidant aide ceux qui, comme lui, sont confrontés à des troubles psychiques, à surmonter les obstacles et à identifier ce qui les aide à se rétablir - Cit.Embarcadère)
- Sensibiliser les jeunes, le grand public,
- Sensibiliser/ former les professionnels dont ceux de l'aide à domicile

### DESCRIPTION DE L'ACTION

#### Objectif(s) opérationnel(s) :

- 1 Poursuivre l'organisation annuelle des Semaines d'Information sur la Santé Mentale (GT)
- 2 Développer l'action du Psytruck du RePsy avec partenaires et lycéens (SISM & hors SISM)
- 3 Faire connaître aux acteurs en lien avec les jeunes (niveau collège) les outils d'animations de l'UNICEF pour se les approprier et les utiliser
- 4 Développer la sensibilisation en direction des lycéens, et des collégiens
- 5 Faire connaître les temps d'échanges portés par les partenaires du territoire : l'UNAFAM : Café rencontre bimestriel, Groupe de parole avec une psychologue pour les proches (payant), Journées d'informations gratuites sur les troubles psychiques, l'Embarcadère : groupe d'échange pour les personnes concernées rétablies, le GEM l'Envol : les cafés papotes pour les personnes concernées adhérentes du GEM
- 6 Inciter les professionnels du social, médico-social, de la société civile à se former aux [Premiers Secours en Santé Mentale](#) (PSSM)

<sup>9</sup> SISM : Semaines d'information sur la santé mentale

<b>Descriptif des actions et calendrier</b>	
<p>1- Programmation d'actions dans le cadre des Semaines d'Information sur la Santé Mentale (SISM) Animer un collectif d'acteurs du territoire élaborant la programmation Communiquer sur la programmation dans les médias</p> <p>2- Développer annuellement l'action du Psytruck hors SISM (RePsy)</p> <p>3- Mobiliser les acteurs œuvrant en direction des jeunes (âge collège) afin de les former à l'usage des outils de l'Unicef pour développer des actions en collèges, kid'O, centres sociaux, MJC du territoire, PRE,</p> <p>4- Expérimenter et proposer une sensibilisation pour les lycéens via des témoignages de patients rétablis. L'Embarcadère Renouveler, selon retours, une sensibilisation en classe de 5<sup>ème</sup> (expérimentation en cours) UNAFAM et une Pair- Aidante.</p> <p>5- Recenser les temps d'échange existants par publics et communiquer</p> <p>6- PSSM (premiers secours en santé mentale) Faire connaître les PSSM : aux associations d'aide à domicile, bailleurs sociaux, habitants. Recenser les acteurs du territoire formateurs des PSSM, communiquer régulièrement sur les formations prévues, recenser le nombre de personnes formées/ an, dont dans la collectivité Diffuser les formations PSSM organisées par la CPAM</p>	
<b>Calendrier prévisionnel de mise en œuvre :</b>	
<p><b>2026</b> 1,2, 4 ,5 puis annuel 3 GT, 6 recensement formateur cout de la formation</p> <p><b>2027</b>, 3 actions 6 déploiement</p>	
<b>Périmètre de l'action</b>	<p><b>Publics cibles :</b> les jeunes (collégiens, lycéens), les adultes (grand public, proches, personne concernées), le monde du travail</p> <p><b>Territoire concerné :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Agglomération <input type="checkbox"/> Communes <input checked="" type="checkbox"/> QPV</p>
<b>Inégalités sociales et territoriales de santé</b>	<p>L'action apporte -t -elle une réponse graduée ? <input checked="" type="checkbox"/> Action sur l'ensemble de la population <input checked="" type="checkbox"/> Action ciblée sur les publics les plus vulnérables <input type="checkbox"/> Action d'intensité proportionnelle aux besoins de santé de la population</p>
	<p>Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui Quel est le niveau de participation ? <input checked="" type="checkbox"/> Implication dans la réalisation de l'action</p>
	<p>L'action implique-t-elle une coopération intersectorielle ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quels sont les acteurs à mobiliser ? <input checked="" type="checkbox"/> Emploi/insertion <input checked="" type="checkbox"/> Habitat/ logement <input type="checkbox"/> Aménagement du territoire <input checked="" type="checkbox"/> Social/solidarité <input checked="" type="checkbox"/> Education <input checked="" type="checkbox"/> Autres : employeurs</p>
<b>Indicateurs d'activité</b> <i>(Pour suivre ce qui doit être fait. Ex : processus, étapes réalisées, partenaires mobilisés ...)</i>	<p>-Nb de partenaires, mobilisés durant les SISM</p> <p>- les actions de communication prévues sont réalisées</p> <p>- Réalisation du groupe de travail avec les acteurs œuvrant pour les jeunes (âge collège) avec l'UNICEF</p> <p>-Nb de formateurs PSSM identifiés, d'association d'aide à domicile, de bailleurs sociaux intéressés</p>
<b>Indicateurs de résultats</b> <i>(Pour évaluer les effets de l'action. Ex : mise en œuvre, public cible ...)</i>	<p>-SISM Nb d'action réalisées, de personnes touchées</p> <p>- Nb d'interventions, de personnes rencontrées par « PsyTruck » et lieux de passage dans l'agglomération</p> <p>-Nb et type de formations PSSM organisées, profil des participants (monde du travail et société civile) Evaluations des participants</p> <p>- Nb de professionnels formés, d'interventions réalisée par les professionnels formés et de jeunes touchés</p> <p>- Nb de sensibilisations organisées pour lycéens, collégiens et de lycéens et collégiens touchés</p>
<b>Facilitants identifiés</b> <i>(les éléments favorables existants qui faciliteront la mise en œuvre)</i>	<p>Les ressources existantes sur le territoire, Une dynamique des associations Formation PSSM financée par la CPAM</p>

**Freins identifiés ou à lever**

*(Risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.)*

La disponibilité des partenaires et la capacité à faire,  
La saturation des ressources de psychiatrie  
Des coopérations opérationnelles à développer

# 11 - Former au risque suicidaire et développer un réseau d'acteurs

AXE STRATEGIQUE N° : Promouvoir la santé mentale

OBJECTIF STRATEGIQUE N°2-5 : Développer la prévention du suicide

## Objectif(s) Opérationnel(s) de l'action

- I Relayer les formations
- II Recenser, centraliser, communiquer sur les ressources et dispositifs
- III Favoriser la mise en réseau des acteurs

### PILOTE (S) DE L'ACTION

**MSA, Promotion santé, coordinatrice CLSM**

### Partenaires de l'action à mobiliser

CHSM Ardèche Drôme, GHPP, CPTS, Education nationale (infirmière, assistante sociale, CIO) l'embarcadère, Assistante Médicale du CMS, Centre social Nocaze, Comité Dbase, Montélimar Agglomération Habitat, service jeunesse.

DUREE DE L'ACTION : durée du CLS

Pluriannuelle

Début : 2025

## CONTEXTE

### Principaux éléments d'analyse issus du diagnostic local de santé justifiant l'action.

- les tentatives de suicide, le taux de séjours pour tentative en 2022 supérieur au taux régional chez les femmes, particulièrement à Montélimar.
- Chez les 15-24 ans : un taux de séjours pour tentative supérieur au taux régional chez les femmes.
- Les acteurs alertent sur le mal-être et la souffrance psychique des jeunes, dont conduite suicidaire

## DESCRIPTION DE L'ACTION

### Descriptif de l'action (Etapas de réalisation) :

#### I Relayer les formations sentinelles organisées par la MSA

#### II Recenser, centraliser, et communiquer sur les ressources et dispositifs

Pour renforcer la connaissance du public sur les offres de soutien Les offres de soutien : [Numéro national de prévention du suicide - 3114](#) , [Suicide Écoute | Ligne Gratuite 24h/24 au 01 45 39 40 00](#), [Agri'écoute](#), un service d'écoute en cas de détresse, [Accueil - ESPOIR](#)

#### III Favoriser la mise en réseau des acteurs

Proposer d'organiser et d'animer annuellement à l'échelle du territoire la mise en réseau des acteurs formés afin de favoriser l'interconnaissance et les échanges,  
Un recueil des besoins sera réalisé en amont : Coordo CLSM, Promotion santé et MSA la 1<sup>ère</sup> année, Coordo CLSM années suivantes

**Calendrier prévisionnel de mise en œuvre** : 2025 et années suivantes pour sentinelle MSA et le réseau

### Périmètre de l'action

**Public(s) cible(s)** : professionnels

**Territoire concerné** :  Agglomération  Communes  QPV

### Inégalités sociales et territoriales de santé

L'action apporte -t -elle une réponse graduée ?

Action sur l'ensemble de la population

Action ciblée sur les publics les plus vulnérables

Action d'intensité proportionnelle aux besoins de santé de la population

Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?

Oui  Non Quel est le niveau de participation ?

Information  Consultation  Implication dans la réalisation de l'action

	L'action implique-t-elle une coopération intersectorielle ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quels sont les secteurs mobilisés ? <input type="checkbox"/> Emploi/insertion <input checked="" type="checkbox"/> Habitat/ logement <input type="checkbox"/> Aménagement du territoire <input checked="" type="checkbox"/> Social/solidarité <input checked="" type="checkbox"/> Education <input type="checkbox"/> Autres :
<b>Indicateurs d'activité</b> <i>(Pour suivre ce qui doit être fait. Ex : processus, étapes réalisées, partenaires mobilisés ...)</i>	Nb Formations Evaluation-Orientation, Intervention-Crise, Sentinelle, proposées et réalisées en 2025 Nb de formations sentinelle MSA réalisées par an sur le territoire La communication de l'existant est réalisée
<b>Indicateurs de résultats</b> <i>(Pour évaluer les effets de l'action. Ex : mise en œuvre, public cible ...)</i>	Nb et typologie de professionnels et personnes formées par formation évaluation des acquis : questionnaire d'auto- positionnement avant et après la formation, questionnaire de satisfaction de la formation à chaud et à froid. Diminution des suicides et tentatives de suicide Diminution du taux d'hospitalisation pour tentative de suicide Diminution du taux de réitération suicidaire
<b>Facilitants identifiés</b> <i>(les éléments favorables existants qui faciliteront la mise en œuvre)</i>	Formations prévues en 2025 dans le PTSM26 sur Montélimar Formations financées par l'ARS, Promotion Santé en charge de ces formations avec les formateurs La MSA investie sur la formation sentinelle Des acteurs intéressés lors de la restitution du diagnostic
<b>Freins identifiés ou à lever</b> <i>(Risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.)</i>	La disponibilité des professionnels de santé hospitalier dans un contexte de forte tension

## 12 - Développer une dynamique de prévention partagée entre acteurs du territoire

### AXE STRATEGIQUE 2 : Promouvoir la santé mentale

**OBJECTIF STRATEGIQUE : 2-6 : Poursuivre et développer la prévention des conduites addictives : drogues licites, illicites, sans substances**

#### Objectif(s) opérationnel(s) de l'action :

##### I Recenser, centraliser faire connaître les ressources, dispositifs, actions du territoire

- Coordonner les acteurs
- Favoriser l'inter-connaissance
- Proposer une offre de services en prévention cohérente et articulée

##### II Développer des actions partenariales de prévention

- Proposer des sessions de formations communes aux différents acteurs intervenant dans le champ de la prévention sur le territoire de manière cohérente avec les besoins repérés ou exprimés.

**Proposition** : organisation d'un temps fort annuel (type séminaire) à destination des acteurs locaux sur une thématique en lien avec la fiche action (addictions, réduction des risques, différents types de prévention (primaire/secondaire/tertiaire), pathologies duelles, santé mentale, conduites à risques, compétences psycho-sociales...).

- Encourager et soutenir des actions coconstruites
- Développer et coordonner des actions en direction des différents publics
- Participer à des opérations grand public de prévention : mois sans tabac, dry January...
- Poursuivre la prévention sur écrans et le renforcement des CPS en CE2 à l'école de Pracomtal, avec coanimations (Enseignant, Centre Municipal de Santé, Addictions France et/ou Promotion santé) et pour les parents avec le conseiller numérique, mais aussi la sauvegarde26 (Prévention), le PRE et le centre social Colucci. Points contacts (consultations avancées) en milieu scolaire, actions de sensibilisation (Tempo et Addictions France)
  - Ouverture possible à d'autres écoles
- Autres actions de prévention par : Centre Municipal de Santé, service Jeunesse, centres sociaux, Mission Locale, CMP, CMS, structures de l'AHJ, différents services sociaux ou associations...

<b>PILOTE (S) DE L'ACTION</b>	<b>Oppelia Tempo, Addictions France, la sauvegarde 26</b> (Prévention spécialisée), <b>Promotion santé</b>
-------------------------------	--

<b>Partenaires de l'action à mobiliser</b>	Ville de Montélimar Centre municipal de santé, PJJ, Comité DBase, CMP
--	---

<b>DUREE DE L'ACTION : durée du CLS/ CLSM</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Pluriannuelle. Début</b> : janvier 2026
---	--

### CONTEXTE

#### Les principaux éléments d'analyse issus du diagnostic local de santé justifiant l'action

Montélimar concerne 60 % de la population du territoire, avec indices de précarité plus marqués. Une majorité de communes socialement défavorisées en vallée du Rhône.

Une forte proportion de jeunes de moins de 20 ans sur le territoire.

#### Indicateurs de santé préoccupants et constats

Alcool : taux d'hospitalisation supérieur à la moyenne régionale, notamment chez les femmes à Montélimar. Tabac : lien fort avec les maladies respiratoires (bronchite chronique, BPCO), surtout chez les femmes.

Cancers : mortalité par cancer du poumon plus élevée chez les hommes à Montélimar.

Jeunes, des conduites addictives repérées sur l'agglomération (écrans, alcool, produits psychoactifs, protoxyde d'azote).

D'autres publics sont parfois en situation de vulnérabilité en lien avec des addictions et des pathologies duelles (psychiatrie).

#### Ressources et dispositifs de prévention

Structures spécialisées : CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) CJC (Consultations Jeunes Consommateurs) à Oppelia Tempo et Addictions France, CAARUD à Oppelia, Promotion santé. Projet de réorganisation de l'offre associative est prévue, un chef de service, à Oppelia à Montélimar à Montélimar en sera en charge.

Oppelia Tempo : sensibilisation des professionnels sur les addictions et les mésusages des écrans. Interventions auprès des jeunes en établissements scolaires ou au CSAPA. Une charrette santé animée par le service de prévention spécialisée dans et aux abords des établissements. Cléon-d'Andran : formations en milieu scolaire sur les addictions (adultes-relais). Actions de prévention éparées : menées par des centres sociaux et intervenants numériques...

Réseau interprofessionnel "réseau ado addicto". Co-piloté par plusieurs acteurs. Facilite le décroisement, harmonise les pratiques et les référentiels.

-Un nouveau Réseau Addicto Psychiatrie Précarité s'est mis en place.

Tensions sur l'offre de soins. Fermeture temporaire de l'unité d'hospitalisation en addictologie du GHPP (mai 2025), faute de médecins addictologues. Maintien de l'équipe de liaison en soins addictologie dans les services hospitaliers et report des patients vers le secteur associatif, déjà en tension. Mobilisation des professionnels face à la situation. La CPTS Portes de Provence peut faciliter l'accès à de la téléconsultation territoriale augmentée et assistée.

## DESCRIPTION DE L'ACTION

### Descriptif de l'action (Étapes de réalisation) :

1. Recensement des actions et des partenaires
2. Coordination des actions et articulation avec instances existantes : réseau ado-addicto, RAPP
3. **Proposition** : organisation d'un temps fort annuel (type séminaire) et à destination des acteurs locaux sur une thématique en lien avec la fiche action (addictions, réduction des risques, différents types de préventions (primaire/secondaire/tertiaire), pathologies duelles, santé mentale, conduites à risques, compétences psycho-sociales...).
4. Organisation d'une méthodologie d'intervention auprès des parents et familles

**Calendrier prévisionnel de mise en œuvre** : à partir de janvier 2026

<b>Périmètre de l'action</b>	<p><b>Public(s) cible(s)</b> : Tout public Attention particulière portée aux publics en situation de vulnérabilité (enfance-jeunesse, précarité)</p> <p><b>Territoire concerné</b> : <input checked="" type="checkbox"/> Agglomération <input type="checkbox"/> Communes <input type="checkbox"/> QPV</p>
<b>Inégalités sociales et territoriales de santé</b>	<p>L'action apporte -t-elle une réponse graduée ?  <input type="checkbox"/> Action sur l'ensemble de la population  <input type="checkbox"/> Action ciblée sur les publics les plus vulnérables  <input checked="" type="checkbox"/> Action d'intensité proportionnelle aux besoins de santé de la population</p> <p>Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ? <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non Quel est le niveau de participation ?  <input type="checkbox"/> Information <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Implication dans la réalisation de l'action</p> <p>L'action implique-t-elle une coopération intersectorielle ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quels sont les secteurs mobilisés ? <input checked="" type="checkbox"/> Emploi/insertion <input type="checkbox"/> Habitat/ logement <input type="checkbox"/> Aménagement du territoire <input checked="" type="checkbox"/> Social/solidarité <input checked="" type="checkbox"/> Education <input type="checkbox"/> Autres :</p>
<b>Indicateurs d'activité</b> <i>(Pour suivre ce qui doit être fait. Ex : processus, étapes réalisées, partenaires mobilisés ...)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fiches actions des acteurs de prévention</li> <li>- Nombre de Copils</li> <li>- Organisation du « temps fort » annuel</li> <li>- Un groupe de suivi annuel avec l'ensemble des partenaires</li> </ul>
<b>Indicateurs de résultats</b> <i>(Pour évaluer les effets de l'action. Ex : mise en œuvre, public cible ...)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de participants</li> <li>- Evaluation de la satisfaction</li> <li>- Fiches bilans des actions</li> </ul>
<b>Facilitants identifiés</b> <i>(les éléments favorables existants qui faciliteront la mise en œuvre)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réseaux d'acteurs existants (ressources) : Réseau ado-addicto, RAPP...</li> <li>- Organisation d'un Copil associé à la fiche action pour coordonner les actions de prévention (AFF-Tempo-Sauvegarde 26-Promotion Santé)</li> </ul>
<b>Freins identifiés ou à lever</b> : <i>(Risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de coordination territoriale (liens entre les opérateurs, transmissions d'informations, prises de décisions, échanges de pratiques, mutualisation d'outils, déploiement d'actions multi-partenariales...)</li> <li>- Disparité existante de l'offre de prévention en addictologie sur le territoire (nouvelle réorganisation en cours)</li> </ul>



# **Axe Stratégique 3 - Poursuivre et développer la prévention**

## 13 - Contribuer à améliorer la participation aux dépistages (cancers, bucco-dentaire, diabète)

### AXE STRATEGIQUE 3 : Poursuivre et développer la prévention

#### OBJECTIF STRATEGIQUE 3-1 Poursuivre la sensibilisation aux dépistages

#### Objectif(s) opérationnel(s) :

Poursuivre et développer les actions de sensibilisation aux dépistages et de prévention






<b>PILOTE (S) DE L'ACTION</b>	<b>CPTS, avec CMS, CRCDC (Dépistages des cancers)</b> <b>CPTS, CMS (Diabète)</b> <b>CPAM / MSA (bucco-dentaire)</b>
<b>Partenaires de l'action à mobiliser</b>	Centre sociaux à Montélimar, partenaires en lien avec public fragiles : Aésio, associations sportives, AFD-Diabète 26-07, UFSBD
<b>DUREE DE L'ACTION : Durée du CLS</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Pluriannuelle <b>Début : 2026</b>

#### CONTEXTE

#### Les principaux éléments d'analyse issus du diagnostic local de santé justifiant l'action

**Cancer** : un taux d'hospitalisation pour tumeur plus élevé, particulièrement à Montélimar. Mortalité plus élevée, notamment par cancer du poumon, à Montélimar. Hypothèse de lien avec la défavorisation sociale et le tabagisme ?

Dépistage organisé du cancer du sein (50-74 ans) / 2022 : taux de participation comparable au niveau régional mais en deçà de l'objectif de 70 %. Taux de participation plus élevé en communes intermédiaires, moins élevé à Montélimar.

Dépistages organisés des cancers en 2022	Taux de	Objectifs européens
Sein, mammographie tous les 2 ans,  de 50-74 ans  accès difficile sur le territoire	Participation Drôme : 52% soit +1.9%/2022/2023 MSA : 51% en baisse vs 54.6% au niveau national régime agricole <sup>10</sup> ;	70 %
Col de l'utérus, frottis ou test HPV tous les 3 ou 5 ans  25 - 65ans	Couverture Drôme : 66.9%, 20-21 soit +1.9 % 2019-2020 MSA 49% vs 50% France	80 %
Colorectal : Kit de dépistage, tous les 2 ans,  et  50-74ans	Participation Drôme : 33.2% soit +1.1/ 2021-2022 MSA 20.5% vs 24% en diminution	65 %

**Diabète** : Davantage d'hospitalisations alors que le nombre d'ALD et le nombre de patients sous traitement ne dépassent pas la moyenne régionale, hormis pour les femmes. Se pose ici la question du retard de recours au soin et au dépistage.

MSA : Taux de prévalence diabète > 45 ans, pour le régime agricole de 11.4% pour l'EPCI soit +1 pt qu'au niveau national et en augmentation.

#### Bucco-dentaire :

Un taux de bénéficiaires de M'T dents plus faible en particulier pour les habitants de Montélimar. Source Cnam (SNDS DCIR 2021-2022).Cnam (SNDS DCIR/PMSI MCO -2019-2022)

MSA pour l'agglomération :

Taux de couverture MT'dents tout âge : 15.3% vs 26% France.) Taux de couverture MT dents 3 ans : 8% vs 26% France et en diminution (alerte) Celui des 6 ans : 15% vs 29.5% France

Même tendance pour les 9 et 12 ans, sauf les 15 ans identique au national. Leger mieux

Le recours à un dentiste est difficile nécessitant la quasi-obligation d'aller hors de Montélimar

En complément, la CPAM indique que si la santé bucco-dentaire des enfants s'est améliorée grâce au programme « M'T dents », les inégalités persistent : seuls 37 % des Français consultent un

<sup>10</sup> Source Géoclip MSA 2022

dentiste à titre préventif. Les enfants issus de foyers modestes ont 3 fois plus de caries que ceux des milieux favorisés.

En Drôme, le recours aux soins bucco-dentaires chez les jeunes enfants du régime général reste légèrement inférieur à la moyenne nationale.

Âges des enfants	France 2024	Drôme 2024
3 ans	36,7 %	<b>33,0 %</b>
6 ans	56,5 %	<b>55,2 %</b>

**Cancers** : un taux de bénéficiaires d'ALD (affection de longue durée) pour cancer significativement supérieur au niveau régional chez les femmes. Hospitalisations pour tumeurs plus fréquentes chez les hommes à Montélimar Mortalité par cancer du poumon supérieur chez les hommes, en particulier à Montélimar.

MSA : Taux de prévalence ALD cancers MSA : 6.6% vs 7.3% France.

*Projet Phare 2025 Pneumobile : unité mobile de tomodensitométrie pour le dépistage et la prévention du cancer du poumon et des maladies liées au tabac portée par les HCL, adossée au projet de recherche IMPULSION. 21 sites en Auvergne Rhône Alpes, 2 en Drôme, à Montélimar les 18-19 novembre 2025, Pilotes CTPS, Centre Municipal de Santé*

## DESCRIPTION DE L'ACTION

### Descriptif de l'action (Etapas de réalisation) :

#### I Recenser, centraliser faire connaître les ressources et dispositifs

Recenser ce qui de fait sur le territoire de l'agglomération sur les dépistages des cancers, (GHPP, Centre Ressource Montélimar) sur le diabète

Poursuivre l'organisation d'actions partenariales de sensibilisation aux **dépistages des Cancers** regroupés ou par thématique aux dates clés avec de l'aller vers, information/réponse aux questions, remise de Kit ou prise de RDV selon dépistage cancers, accompagnement si nécessaire.

Une attention particulière aux publics les plus éloignés de la prévention, QPV, communes en FDEP, associations (Croix rouge, Intergroupe marcel Pagnol, l'Adapt, les restos du cœur).

Favoriser la montée en compétence des acteurs partenaires ou des établissements par de la formation en ligne sur les dépistages organisés des cancers.

Poursuivre et développer des actions partenariales de prévention et de sensibilisation au dépistage **du diabète** en QPV à Montélimar avec AFD-diabète 26-07, à développer sur autres territoires de l'agglomération, en particulier dans territoire FDEP.

MSA, Proposition, voir la faisabilité d'organiser une action prévention en milieu rural

**II Poursuivre les dépistages bucco-dentaires** (MT'Dents/ dentistes) et les sensibilisations à l'hygiène bucco-dentaire en Grande Section de quelques écoles maternelles à Montélimar, par CPAM et UFSBD<sup>11</sup> selon adhésion pour les acteurs en relation avec les familles, sensibilisation à la santé orale, atelier de prévention sur la santé bucco-dentaire.

Dépistage bucco-dentaire en milieu rural MSA en lien avec dentiste conseil MSA et UFSBD à organiser

**III Accueillir en 2026 le Pneumobile** du 11 au 13 mai afin de répondre à la demande du territoire non honorée sur les journées de 2025.

**Calendrier prévisionnel de mise en œuvre** : 2026 l'ensemble des actions. A suivre dans le temps selon évolution des orientations

<b>Périmètre de l'action</b>	<b>Public(s) cible(s)</b> : la population ciblée par types de dépistages, les acteurs non professionnels de santé pouvant y contribuer
	<b>Territoire concerné</b> : <input checked="" type="checkbox"/> Agglomération <input type="checkbox"/> Communes en FDEP <input checked="" type="checkbox"/> QPV
<b>Inégalités sociales et territoriales de santé</b>	L'action apporte -t -elle une réponse graduée ?
	<input type="checkbox"/> Action sur l'ensemble de la population
	<input checked="" type="checkbox"/> Action ciblée sur les publics les plus vulnérables
	<input type="checkbox"/> Action d'intensité proportionnelle aux besoins de santé de la population

<sup>11</sup> Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

	<p>Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non          Quel est le niveau de participation ? <input type="checkbox"/> Information <input type="checkbox"/> Consultation <input checked="" type="checkbox"/> Implication dans la réalisation de l'action</p> <p>L'action implique-t-elle une coopération intersectorielle ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quels sont les secteurs mobilisés ?  <input type="checkbox"/> Emploi/insertion <input type="checkbox"/> Habitat/ logement <input type="checkbox"/> Aménagement du territoire <input checked="" type="checkbox"/> Social/solidarité <input checked="" type="checkbox"/> Education <input checked="" type="checkbox"/> Autres :</p>
<p><b>Indicateurs d'activité</b>  <i>(Pour suivre ce qui doit être fait. Ex : processus, étapes réalisées, partenaires mobilisé...)</i></p>	<p>Les actions prévues ont été réalisées</p>
<p><b>Indicateurs de résultats</b>  <i>(Pour évaluer les effets de l'action. Ex : mise en œuvre, public cible ...)</i></p>	<p>Nombre de personnes touchées par action par an          Evolution des indicateurs de participations aux dépistages à l'échelle de la CAMA</p>
<p><b>Facilitants identifiés</b> <i>(les éléments favorables existants qui faciliteront la mise en œuvre)</i></p>	<p>Le pilotage de ces politiques de prévention thématiques par l'ARS, la CPAM et la MSA</p>
<p><b>Freins identifiés ou à lever</b> <i>(Risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.)</i></p>	<p>Les tensions qui peuvent exister sur l'offre comme la radiologie (mammographie), les chirurgiens-dentistes</p>

## 14 - Contribuer à améliorer la vaccination (grippe pour les seniors, HPV pour les jeunes) et sensibiliser le public à la vaccination

### AXE STRATEGIQUE N°3 : Poursuivre et développer la prévention OBJECTIF STRATEGIQUE N 3-2 : Développer et encourager la vaccination

**Objectif(s) Opérationnel(s) :** Développer, encourager la vaccination

**PILOTE (S) DE L'ACTION** CPTS, Département, ARS

**Partenaires de l'action à mobiliser** Le CCAS pour les personnes âgées, l'Education nationale, les établissements accueillant des publics en situation de handicap

**DUREE DE L'ACTION : Durée du CLS**  Pluriannuelle **Début :** déjà existante

#### CONTEXTE

##### Principaux éléments d'analyse issus du diagnostic local de santé justifiant l'action.

Vaccination contre la grippe : taux plus faible à Montélimar qu'en région pour les 65 ans et plus. Faible adhésion des familles de collégiens à la vaccination contre le HPV.

- Difficultés/contraintes organisationnelles dans les établissements
  - Besoin de communiquer davantage auprès des parents via Education nationale ?
- Globalement il existe de la défiance ou de l'incompréhension sur la vaccination

#### DESCRIPTION DE L'ACTION

##### Descriptif de l'action (Etapas de réalisation) :

**I Grippe :** Organiser des actions de sensibilisation à la vaccination contre la grippe des personnes de 65 ans et plus, orientation vers les ressources pouvant vacciner,

**II HPV :** Information des parents, webinaires auprès des parents et professionnels de l'EN, webinaires auprès des professionnels de santé, sensibilisation, information et éducation pour la santé des élèves à la rentrée, vaccination HPV des 11- 14 ans en collèges et en établissements handicap pour le HPV, plus rattrapage vaccinal (ROR, Hépatite B, DTCP, Méningocoque ACWY) si besoin en collège

**III Vaccination :** Poursuivre et développer des actions grand public lors de la semaine européenne de vaccination (SEV), expliquer le calendrier vaccinal et l'intérêt de la vaccination

##### Calendrier prévisionnel de mise en œuvre :

**Périmètre de l'action** **Public(s) cible(s) : les jeunes, les seniors, population générale**

**Territoire concerné :**  Agglomération  Communes  QPV

##### Inégalités sociales et territoriales de santé

L'action apporte -t-elle une réponse graduée ?  
 Action sur l'ensemble de la population  
 Action ciblée sur les publics les plus vulnérables  
 Action d'intensité proportionnelle aux besoins de santé de la population

Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?  
 Oui  Non Quel est le niveau de participation ?  
 Information  Consultation  Implication dans la réalisation de l'action

L'action implique-t-elle une coopération intersectorielle ?  
 Oui  Non Quels sont les secteurs mobilisés ?  Emploi/insertion  Habitat/ logement  Aménagement du territoire  Social/solidarité  Education  
 Autres : santé

##### Indicateurs d'activité

*(Pour suivre ce qui doit être fait. Ex : processus, étapes réalisées, partenaires mobilisés ...)*

Mise en place des actions de sensibilisation  
 Mise en place des séances de vaccination en établissements

<b>Indicateurs de résultats</b> <i>(Pour évaluer les effets de l'action. Ex : mise en œuvre, public cible ...)</i>	<p>Nombre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-D'actions de prévention faites en direction des séniors sur la vaccination contre la grippe/ an, de personnes touchées</li> <li>-D'actions de prévention faites en direction du grand public et de public touché</li> <li>-D'actions de prévention faite en direction des élèves en collège, de jeunes et de public en situation de handicap vaccinés, de rattrapage vaccinal/ vaccins fait</li> </ul>
<b>Facilitants identifiés</b> <i>(les éléments favorables existants qui faciliteront la mise en œuvre)</i>	<p>Le pilotage par L'ARS</p>
<b>Freins identifiés ou à lever</b> <i>(Risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.)</i>	<p>Une thématique qui génère de la résistance d'une partie du public</p>

## 15 - Projet PACAP « nutrition rythme de vie du jeune enfant »

### AXE STRATEGIQUE N°3 : Poursuivre et développer la prévention

#### OBJECTIF STRATEGIQUE N°3-3 Promouvoir une alimentation équilibrée, une activité physique régulière en particulier auprès des populations vulnérables

**Objectif(s) Opérationnel(s) :** Construire une dynamique territoriale et intersectorielle sur les 3 quartiers politique de la Ville de Montélimar pour promouvoir une alimentation, une activité physique et des rythmes de vie favorables à la santé des enfants de 0 à 6 ans. Cette action s'inscrit dans le programme régional de l'ARS **Petite enfance Alimentation Corpulence et Activité Physique (PACAP)** dont l'opérateur est Promotion santé.

**PILOTE (S) DE L'ACTION :** Promotion santé, ARS, Coordinatrice CLS et Chargée de mission PAT

**Partenaires de l'action à mobiliser :**

Centres sociaux, Espace de Vie Sociale, PMI, Centre de Santé et son antenne, médiatrice santé, Petite enfance, crèches et LAEP, Enfance, Ecoles, PRE, Politique de la ville, Centre Medico Social, Parents usagers, collectifs, associations ou structures en liens avec les 0-6 ans et leurs familles

**DUREE DE L'ACTION :** durée du CLS

Pluriannuelle. Début : 2025

### CONTEXTE

#### Principaux éléments d'analyse issus du diagnostic local de santé justifiant l'action

En France : 50% des adultes et 17% des enfants sont en surpoids ou obèses. Les enfants dont les parents ont un faible niveau d'études sont plus touchés par le surpoids.

La nutrition influence fortement les maladies chroniques : obésité, diabète, maladies cardiovasculaires, cancers...

Les études montrent une stabilité du surpoids chez les enfants entre 2006 et 2015 mais avec des inégalités sociales persistantes. En 2015, 17% des enfants de 6 à 17 ans étaient en surpoids, dont 4% obèses.

L'activité physique est insuffisante : seuls 51% des garçons et 33% des filles atteignent les recommandations de l'OMS, taux qui chutent après l'âge de 10 ans.

La sédentarité augmente : temps d'écran en forte hausse. Les apports nutritionnels sont déséquilibrés : trop de sel et de boissons sucrées, pas assez de fruits, légumes, fibres...

En Auvergne-Rhône-Alpes : en grande section de maternelle (2012-2013), 10% des enfants étaient en surpoids (vs 11,9% national) et 2,8% en obésité (vs 3,5% national).

Les habitudes de vie se construisent dès l'enfance, influençant la santé à l'âge adulte.

### DESCRIPTION DE L'ACTION

#### Descriptif de l'action (Etapas de réalisation) :

**I. Identifier les acteurs, structures et dispositifs locaux dont le champ d'action inclut les jeunes enfants et/ou leurs familles en territoire prioritaire de Montélimar** et qui sont potentiellement mobilisables sur le projet.

**II. Réaliser un état des lieux précis des besoins et attentes du territoire autour de la thématique « Petite enfance nutrition et rythmes de vie » pour identifier des perspectives d'actions pour la mise en œuvre du projet**

Etat des lieux de l'existant, des besoins, recherche de dynamique, par des entretiens téléphoniques individuels d'acteurs et présentation du projet.

**1<sup>ère</sup> réunion du projet PACAP le 24 novembre 2025 à destination de tous les professionnels et bénévoles des structures concernées et les familles pour :**

- Faire connaissance entre les acteurs petite enfance des 3 quartiers politiques de la ville de Montélimar et l'association Promotion Santé
- Recueillir les observations, besoins, souhaits d'être accompagnés par Promotion Santé sur la nutrition et les rythmes de vie du jeune enfant dans le cadre du projet PACAP.
- Présentation du projet PACAP et des modalités de mises en œuvre sur 2026-2027 (si financement validé par l'ARS).

**III. Favoriser l'engagement des acteurs locaux et/ou institutionnels volontaires et disponibles pour construire la dynamique territoriale :** signature lettre d'engagement des structures qui souhaiteraient participer à la suite 2026-2027

**IV. Point ARS/Promotion Santé/CLS Montélimar le 6 janvier 2026 :** présentation de l'état des lieux des besoins et des structures qui souhaitent s'engager pour la suite

**V. Accompagnement du territoire choisi et actions de promotion de la santé mises en place sur 2026-2027,** selon financement validé par l'ARS.

**Calendrier prévisionnel de mise en œuvre :**

Septembre à décembre 2025 : réalisation de l'état des lieux

6 janvier 2026 : point ARS

De 2026 à juin 2027 : accompagnement du territoire si financement validé

<b>Périmètre de l'action</b>	<b>Public(s) cible(s) :</b> Professionnels et acteurs au sens large, concernés <b>Territoire concerné :</b> <input type="checkbox"/> Agglomération <input type="checkbox"/> Communes <input checked="" type="checkbox"/> QPV
<b>Inégalités sociales et territoriales de santé</b>	L'action apporte -t-elle une réponse graduée ? <input type="checkbox"/> Action sur l'ensemble de la population <input checked="" type="checkbox"/> Action ciblée sur les publics les plus vulnérables <input type="checkbox"/> Action d'intensité proportionnelle aux besoins de santé de la population
	Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quel est le niveau de participation ? <input type="checkbox"/> Information <input type="checkbox"/> Consultation <input checked="" type="checkbox"/> Implication dans la réalisation de l'action
	L'action implique-t-elle une coopération intersectorielle ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quels sont les secteurs mobilisés ? <input type="checkbox"/> Emploi/insertion <input type="checkbox"/> Habitat/ logement <input checked="" type="checkbox"/> Aménagement du territoire <input checked="" type="checkbox"/> Social/solidarité <input checked="" type="checkbox"/> Education <input checked="" type="checkbox"/> Autres : santé
<b>Indicateurs d'activité</b> <i>(Pour suivre ce qui doit être fait. Ex : processus, étapes réalisées, partenaires mobilisés ...)</i>	Les différentes étapes ont pu se réaliser
<b>Indicateurs de résultats</b> <i>(Pour évaluer les effets de l'action. Ex : mise en œuvre, public cible ...)</i>	Le nombre de structures/pro/familles qui souhaitent se mobiliser dans le projet Les actions qui seront mise en œuvre à partir des besoins (dont au moins une action de modification de l'environnement physique ou organisationnel) La dynamique créée
<b>Facilitants identifiés</b> <i>(les éléments favorables existants qui faciliteront la mise en œuvre)</i>	Identification des acteurs facilitée par la coordinatrice CLS et chargée de projet PAT qui ont pré identifiées les structures Structures qui mettent à disposition locaux et matériel pour 1 <sup>ère</sup> réunion Passage de l'information du projet PACAP entre structures Promotion santé et son ingénierie de projet, une opportunité pour les 3 premières étapes. Avec financement ARS. Des acteurs intéressés
<b>Freins identifiés ou à lever</b> <i>(Risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.)</i>	L'entretien de la dynamique et des actions dans le temps 3 QPV, territoire vaste avec des dynamiques très différentes Le financement de l'ARS pour la suite Déception des acteurs souhaitant s'engager par rapport à la capacité à faire et financement non garanti



## 16 - Projet atelier de cuisine collectif

### AXE STRATEGIQUE N° 3 : Poursuivre et développer la prévention OBJECTIF STRATEGIQUE N°3-3 Promouvoir une alimentation équilibrée, une activité physique régulière en particulier auprès des populations vulnérables

**Objectif(s) Opérationnel(s) :** \* Sensibiliser les consommateurs (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées) à une alimentation saine, durable et locale

\* Participer au changement des pratiques alimentaires des consommateurs (consommer des fruits et légumes, cuisiner "maison", acheter local en circuit-court, ...)

\* Communiquer sur la saisonnalité des fruits et légumes, sur les lieux de cultures et de ventes pour faciliter les actes d'achats responsables et durables

\* Contribuer à réduire le gaspillage alimentaire

**PILOTE (S) DE L'ACTION :** **CAMA : Coordinatrice CLS, Chargée de mission PAT, Service Enfance Jeunesse, Politiques sociales,**

**Partenaires de l'action à mobiliser :** Communes, Associations, Centres sociaux, Espace de Vie Sociale, PRE, Politique de la ville, Centre Medico Social, CCAS

**DUREE DE L'ACTION : durée du Projet Alimentaire Territorial (PAT, 2024-2029)**  **Pluriannuelle Début : 2024**

#### CONTEXTE

**Principaux éléments issus du diagnostic agricole et alimentaire 2023 justifiant l'action.**

- **Des consommateurs peu tournés vers des produits locaux durables**, avec des paysages alimentaires peu favorables à une alimentation durable et saine (il est fréquemment question de temps disponible pour cuisiner et faire ses courses).

- **Des difficultés/manques de connaissance, d'inspiration pour cuisiner des produits frais et locaux**, notamment chez les jeunes.

- Une déconnexion des mangeurs et de leur alimentation, avec **une méconnaissance des saisonnalités des fruits et légumes.**

- **Un manque d'actions de sensibilisation/communication pour le grand public.**

- Un grand nombre de restaurants de type "fast-food" notamment dans Montélimar Centre

- **Des actions en matière d'éducation à l'alimentation déjà existantes** dont par exemple :

\* **les actions proposées aux écoles et communes volontaires**, pour favoriser

l'approvisionnement en produits locaux et de qualité, et sensibiliser les convives. Ces **actions portées par Montélimar-Agglomération avec l'appui de partenaires agricoles locaux (CIVAM, Agribiodrôme, AgriCourt)** fonctionnent bien, et **pourraient être renforcées / essaimées vers d'autres communes du territoire et d'autres consommateurs (adultes actifs, seniors, étudiants...)**

\* les actions menées dans les restaurants scolaires de réduction du gaspillage alimentaire et de sensibilisation des élèves (jeux concours Harry Potter, pesée des restes de repas, valorisation des maisons d'élèves ayant le moins de déchets...)

\* les actions vers les collèges dans la confection des repas (outil Agri local), et dans la sensibilisation des convives portés par le Département, avec le concours de partenaires agricoles (Chambre d'Agriculture, CIVAM, Agri-Court...) et des territoires.

Eléments complémentaire issus du Plan d'action PAT 2024-2025 justifiant l'action.

- 8 ateliers de cuisine dans les commerces ont été proposés en 2024-2025

- 8 ateliers de cuisine dans les communes sont en cours de réalisation en 2025-2026

- un projet « défi une autre alimentation » est prévu pour 2026

- la dynamique de proposer des ateliers de cuisine gratuit du PAT ouvert au grand public touche de plus en plus de consommateurs et s'amplifie sur le territoire de Montélimar-Agglomération. Les prestataires actuels sont : CIVAM, CEDER, Les carnets d'Agnès...

#### DESCRIPTION DE L'ACTION

<p><b>Descriptif de l'action (Etapes de réalisation) :</b>  <b>La dimension de la santé physique est particulièrement importante dans cette action</b> puisqu'elle transmet des savoirs simples et sensibilise sur l'importance de <b>consommer des produits frais, variés et de saison</b> (vitamines, nutriments, protéines, fibres...)  <b>Les étapes :</b>  <b>1) Trouver des financements, prévoir un budget pour les prestations d'accompagnement</b> (en cours depuis 2024)  <b>2) Recenser les structures volontaires pour accueillir un atelier d'1h30</b> (en cours 2024)  <b>3) Accompagner pour choisir la date, le lieu et les 3 recettes saisonnières proposées</b>  <b>4) Communiquer et diffuser l'information</b> (affiche, inscription, 12 places par atelier)  <b>5) Faciliter les dynamiques d'ateliers de cuisine pérenne pluriannuelle</b>  <b>5) Prioriser les communes sur lesquelles intervenir en fonction de l'indice de défavorisation sociale 2019 dans le cadre d'un projet transversal PAT-CLS</b>  (Projet 2026-2027)  8 communes concernées sont avec un indice de défavorisation sociale Q4 (très défavorisées) : Montélimar, Châteauneuf du Rhône, La Laupie, Condillac, La Coucourde, Les Tournettes, Saulce-sur-Rhône et Cléon d'Andran.  Le CLS et les pilotes de l'action sont force de proposition pour permettre de mieux couvrir et impacter positivement le territoire</p>	
<p><b>Calendrier prévisionnel de mise en œuvre : 2026-2027</b></p>	
<p><b>Périmètre de l'action</b></p>	<p><b>Public(s) cible(s) :</b> consommateurs, associations, professionnels et acteurs au sens large concernés</p> <p><b>Territoire concerné :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Agglomération <input checked="" type="checkbox"/> Communes <input checked="" type="checkbox"/> QPV</p>
<p><b>Inégalités sociales et territoriales de santé</b></p>	<p>L'action apporte -t -elle une réponse graduée ?  <input checked="" type="checkbox"/> Action sur l'ensemble de la population  <input checked="" type="checkbox"/> Action ciblée sur les publics les plus vulnérables  <input type="checkbox"/> Action d'intensité proportionnelle aux besoins de santé de la population</p> <p>Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?  <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quel est le niveau de participation ?  <input checked="" type="checkbox"/> Information <input type="checkbox"/> Consultation <input checked="" type="checkbox"/> Implication dans la réalisation de l'action</p> <p>L'action implique-t-elle une coopération intersectorielle ?  <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quels sont les secteurs mobilisés ?  <input type="checkbox"/> Emploi/insertion <input type="checkbox"/> Habitat/ logement <input type="checkbox"/> Aménagement du territoire <input checked="" type="checkbox"/> Social/solidarité <input checked="" type="checkbox"/> Education <input checked="" type="checkbox"/> Autres : santé</p>
<p><b>Indicateurs d'activité</b>  <i>(Pour suivre ce qui doit être fait. Ex : processus, étapes réalisées, partenaires mobilisés ...)</i></p>	<p>Nombre de participants aux ateliers de cuisine collectifs  Nombre de communes ayant accueilli 1 ou plusieurs ateliers</p>
<p><b>Indicateurs de résultats</b>  <i>(Pour évaluer les effets de l'action. Ex : mise en œuvre, public cible ...)</i></p>	<p>Pérennité de la dynamique d'atelier de cuisine  Nombre structures souhaitant pérenniser les ateliers de cuisine (les intégrer à leur plan d'action, trouver leur propre financement) et proposer une récurrence (1 fois/mois, tous les 15 jours...)</p>
<p><b>Facilitants identifiés</b> <i>(les éléments favorables existants qui faciliteront la mise en œuvre)</i></p>	<p>Plan d'action du Service Agriculture Alimentation et Forêt (PAT) financé pour une partie par la DRAAF et par Montélimar-Agglomération (3 prestataires opérationnels), les services Politiques Sociales et à la population pour cibler les communes stratégiques sur lesquelles intervenir en priorité, les CCAS</p>
<p><b>Freins identifiés ou à lever</b> <i>(Risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.)</i></p>	<p>Garantir le budget nécessaire à l'entretien de la dynamique et des actions dans le temps</p>

## 17 - Projet Jardin potager collectif

### AXE STRATEGIQUE N° 3 : Poursuivre et développer la prévention

#### OBJECTIF STRATEGIQUE N°3-3 Promouvoir une alimentation équilibrée, une activité physique régulière en particulier auprès des populations vulnérables

<b>PILOTE (S) DE L'ACTION :</b>	<b>CAMA : Coordinatrice CLS, Chargée de mission PAT, Enfance Jeunesse, Politiques sociales, Gestion des déchets</b>		
<b>Partenaires de l'action à mobiliser :</b>	Communes, Associations, Centres sociaux, Espace de Vie Sociale, PRE, Politique de la ville, Centre Médico-Social, CCAS		
<b>DUREE DE L'ACTION : durée du Projet Alimentaire Territorial (PAT, 2024-2029)</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Pluriannuelle Début : 2024</b>	<b>Fin :</b>	

#### CONTEXTE

##### Principaux éléments issus du diagnostic Agricole et alimentaire 2023 justifiant l'action.

Les potagers sont des espaces propices à la découverte de la nature et à l'initiation à la protection de l'environnement, en particulier en réservant un espace aux écoles. Les jardins sont en général animés par des valeurs écologiques : on y découvre la culture sans pesticides, la permaculture, le paillage... C'est aussi – et surtout – un vecteur de lien social et d'apprentissage pédagogique. Mais l'intérêt peut également être économique. Une parcelle d'environ 200 à 300 m<sup>2</sup> permet à une famille de se fournir en légumes tout au long de l'année tout en améliorant sa santé (physique, mentale et émotionnelle).

La dimension de la santé physique est particulièrement importante dans cette action puisqu'elle sollicite la pratique d'une activité physique et contribue à l'accès à une alimentation saine (fruits et légumes frais, vitamines, fibres, ...).

Un jardin partagé est un potager créé et géré en commun par les habitants d'une ville ou d'un quartier, regroupés sous forme d'association ou de collectif.

Les jardins familiaux ont une gestion différente de celles des jardins partagés, également regroupés en association, la gestion des parcelles mise à disposition par la commune est individuelle. L'association répartit les terres entre plusieurs jardiniers/familles. Une attribution de surface est faite chaque année et la gestion d'une ou plusieurs parcelles potagères réalisée par une famille ou une personne. La surface attribuée est variable en fonction de la disponibilité des parcelles, de la disponibilité du jardinier et/ou de sa volonté de produire en quantité pour nourrir son foyer par exemple.

Le territoire compte environ une dizaine de jardins potagers à ce jour, dont 5 sont des jardins partagés familiaux.

Les communes disposant de jardins partagés :

- 2 jardins gérés par les centres sociaux de Montélimar (Nocaze et Colucci),
- 1 jardin sur : Puy St Martin, St Gervais sur Roubion (Association Jafa), Marsanne, Allan (porté par la Mairie), Montboucher (porté par la Mairie)
- 1 jardin en projet sur Sauzet (porté par la Mairie)

Des projets en cours de création et accompagné dans le cadre du PAT (2024-2025):

- 1 jardin sur : Manas (porté par la Mairie et les citoyens), Charols (porté par la Mairie et les citoyens), Châteauneuf du Rhône (porté par la Mairie), Montélimar (porté par la cité scolaire Chabrilan), Espeluche (porté par la Mairie)

#### DESCRIPTION DE L'ACTION

##### Descriptif de l'action (Etapas de réalisation) :

**1) Recenser les jardins partagés et familiaux existants ainsi que les associations de jardiniers** (en cours depuis 2023)

**2) Accompagner les communes volontaires** (en cours depuis 2024)

- dans l'identification de foncier propice à accueillir un jardin potager
- la mise à disposition de parcelles

**3) Repérer les terrains disponibles et irrigués pour créer de nouveaux jardins potagers**

<p>En 2023, 2 terrains irrigués ont été identifiés à Montélimar et à Cléon d'Andran</p> <p><b>4) Financer une prestation d'accompagnement à la création de jardins potagers collectifs</b> (en cours depuis 2024)</p> <p>2 coachs jardiniers interviennent dans le cadre du PAT sur Montélimar-Agglomération, conseils pour démarrer facilement un potager, formation des consommateurs/jardinier à la réalisation d'un potager efficace avec le moins d'arrosage possible, choix des plantations en fonction de la période de l'année, préparation du sol, paillage, pratiques durables...</p> <p><b>5) Prioriser avec le CLS les communes sur lesquelles intervenir en fonction de l'indice de défavorisation sociale 2019 dans le cadre d'un projet transversal PAT-CLS</b> (Projet 2026-2027)</p> <p>8 communes concernées sont avec un indice de défavorisation sociale Q4 (très défavorisées): Montélimar, Châteauneuf du Rhône, La Laupie, Condillac, La Coucourde, Les Tourrettes, Saulce-sur-Rhône et Cléon d'Andran.</p>	
<p><b>Calendrier prévisionnel de mise en œuvre : 2026-2027</b></p>	
<p><b>Périmètre de l'action</b></p>	<p><b>Public(s) cible(s) :</b> consommateurs, associations, professionnels et acteurs au sens large concernés</p> <p><b>Territoire concerné :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Agglomération <input checked="" type="checkbox"/> Communes <input checked="" type="checkbox"/> QPV</p>
<p><b>Inégalités sociales et territoriales de santé</b></p>	<p>L'action apporte-t-elle une réponse graduée ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Action sur l'ensemble de la population</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Action ciblée sur les publics les plus vulnérables</p> <p><input type="checkbox"/> Action d'intensité proportionnelle aux besoins de santé de la population</p> <p>Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quel est le niveau de participation ?</p> <p><input type="checkbox"/> Information <input checked="" type="checkbox"/> Consultation <input checked="" type="checkbox"/> Implication dans la réalisation de l'action</p> <p>L'action implique-t-elle une coopération intersectorielle ?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quels sont les secteurs mobilisés ?</p> <p><input type="checkbox"/> Emploi/insertion <input type="checkbox"/> Habitat/ logement <input checked="" type="checkbox"/> Aménagement du territoire <input checked="" type="checkbox"/> Social/solidarité <input checked="" type="checkbox"/> Education <input checked="" type="checkbox"/> Autres : santé</p>
<p><b>Indicateurs d'activité</b> <i>(Pour suivre ce qui doit être fait. Ex : processus, étapes réalisées, partenaires mobilisés ...)</i></p>	<p>Nombre de participants aux formations potagers collectifs</p> <p>Nombre de RDV réalisés avec le formateur sur un même potager</p>
<p><b>Indicateurs de résultats</b> <i>(Pour évaluer les effets de l'action. Ex : mise en œuvre, public cible ...)</i></p>	<p>Nombre de nouveaux jardins collectifs créés</p> <p>Pérennité des jardins créés d'année en année</p>
<p><b>Facilitants identifiés</b> <i>(les éléments favorables existants qui faciliteront la mise en œuvre)</i></p>	<p>Plan d'action du Service Agriculture Alimentation et Forêt (PAT) financé pour une partie par la DRAAF et par Montélimar-Agglomération (prestations de 2 coachs jardiniers opérationnels), les services Politiques Sociales et à la population pour cibler les communes stratégiques sur lesquelles intervenir en priorité</p>
<p><b>Freins identifiés ou à lever</b> <i>(Risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.)</i></p>	<p>Garantir le budget nécessaire à l'entretien de la dynamique et des actions dans le temps</p>

## 18 - Prévention auprès des seniors et des aidants

### AXE STRATEGIQUE 3 : Poursuivre et développer la prévention

#### OBJECTIF STRATEGIQUE 3.4 : Poursuivre et développer la prévention en direction des personnes âgées et des aidants

##### Objectif(s) opérationnel(s) :

- Poursuivre la prévention pour des seniors, dont isolés et fragiles
- Développer des actions en direction des aidants

<b>PILOTES DE L'ACTION</b>	<b>CPTS, CCAS</b> avec sa compétence de mise en réseaux des actions des CCAS de l'agglomération, appui technique aux actions menées
<b>Partenaires de l'action à mobiliser</b>	Département-Maison Départementale de l'Autonomie (MDA Coordinatrice Autonomie Prévention (CAP) Drôme Provençale), GHPP, Centre de Ressource Territorial (CRT) pour les personnes âgées, Ardèche Drôme Méridionale, Ville de Montélimar Centre Municipal de Santé (CMS), les CCAS et maires de l'agglomération
<b>DUREE DE L'ACTION : durée du CLS</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Pluriannuelle <b>Début : 2026</b>

#### CONTEXTE

##### Principaux éléments d'analyse issus du Diagnostic local de santé justifiant l'action

- Une population vieillissante, besoins de prévention pour limiter certains soins  
 - Une population vivant seule, isolement facteur de risque en santé chez les seniors  
 - 8 à 11 millions de proches aidants en France, accompagnant régulièrement un proche en situation de handicap, de maladie chronique ou de perte d'autonomie. Indispensables et connaissant bien les besoins de leurs proches, ils peuvent être confrontés à plusieurs types de difficultés. Aider les aidants est donc indispensable. Le CCAS de la Ville de Montélimar a signé en 2025 [la Charte d'engagements réciproques Ville Aidante - Alzheimer](#) (*Aider, les personnes malades et leurs proches aidants à toujours profiter de la ville*) 3 axes majeurs : l'orientation, l'inclusivité, la sensibilisation.

#### DESCRIPTION DE L'ACTION

##### Descriptif de l'action :

**I. Poursuivre et déployer des actions de prévention de la perte d'autonomie** (prévention des chutes, activité physique, nutrition)

**Qui** : CPTS, CMS/Montélimar, Maison sport Santé, pour les CCAS et Mairies du territoire

**II. Consolider le dispositif de lutte contre l'isolement CCAS de Montélimar**, en particulier pour les seniors isolés, et les seniors à mobilité réduite, à domicile.

**Qui** : CCAS de Montélimar avec un service civique

**III. Définir et mener des actions en lien avec le contenu de la charte d'engagement réciproque.**

**Qui** CCAS de Montélimar avec France Alzheimer

**IV. Conforter et renforcer les actions menées en direction des proches aidants de seniors**

Informier et orienter la population sur les dispositifs existants (accueil de jour, accueil temporaire, dispositifs de répit...).

**Qui** : CCAS de Montélimar et CPTS

**V. Contribuer au déploiement du Centre Ressource Territorial dont le volet prévention.**

Invitation du CRT au 1<sup>er</sup> forum senior de Montélimar

**Qui** : CCAS, CPTS

**VI : Poursuivre les actions existantes ouvertes aux communes du territoire**

Semaines bleues, thés dansants, repas à la Base de loisir

**Qui** : CCAS de Montélimar et autres communes

**Calendrier prévisionnel de l'action** : dès 2026. Certaines actions se mettront en place au fil du temps

<b>Périmètre de l'action</b>	<b>Public(s) cible(s)</b> : seniors et aidants
	<b>Territoire concerné</b> : <input checked="" type="checkbox"/> Agglomération <input type="checkbox"/> Communes <input type="checkbox"/> QPV

<b>Inégalités sociales et territoriales de santé</b>	<p>L'action apporte -t -elle une réponse graduée ?  <input type="checkbox"/> Action sur l'ensemble de la population  <input checked="" type="checkbox"/> Action ciblée sur les publics les plus vulnérables  <input checked="" type="checkbox"/> Action d'intensité proportionnelle aux besoins de santé de la population</p> <p>Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Quel est le niveau de participation ? <input type="checkbox"/> Information <input type="checkbox"/> Consultation <input checked="" type="checkbox"/> Implication dans la réalisation de l'action</p> <p>L'action implique-t-elle une coopération intersectorielle ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Quels sont les secteurs mobilisés ? <input type="checkbox"/> Emploi/insertion <input type="checkbox"/> Habitat/ logement <input type="checkbox"/> Aménagement du territoire <input checked="" type="checkbox"/> Social/solidarité <input type="checkbox"/> Education <input type="checkbox"/> Autres :</p>
<b>Indicateurs d'activité</b> <i>(Pour suivre ce qui doit être fait. Ex : processus, étapes réalisées, partenaires mobilisés ...)</i>	<p>Nombre d'actions :  De prévention réalisées pour les seniors, par qui, sur quoi  De prévention réalisées pour les aidants par qui, sur quoi</p>
<b>Indicateurs de résultats</b> <i>(Pour évaluer les effets de l'action. .Ex : mise en œuvre, public cible ...)</i>	<p>Nombre de seniors touchés par :  - les actions menées  - le dispositif de lutte contre l'isolement  Nombre d'aidants touchés par les actions menées</p>
<b>Facilitants identifiés</b> <i>(les éléments favorables existants qui faciliteront la mise en œuvre)</i>	<p><b>-Dispositifs et acteurs mobilisés autour des aidants et de l'autonomie –</b>  -Plateforme de répit des aidants ORSAC Escapade : groupes de parole, lieux ressources. Accueil des aidants Aquarelia/ Montélimar.  - CCAS de Montélimar : mise en réseau des actions des CCAS et appui technique.  -Département : Conférence des Financeurs Prévention Autonomie, la, Coordinatrice Autonomie Prévention Drôme Provençale : coordination des actions des associations et CCAS. : Printemps des aidants, Semaine Bleue. Diffusion d'informations aux acteurs. Ressource pour les élus des petites communes.  CRT Ardèche Drôme Méridionale, avec un volet prévention  Une filière gérontologique montilienne GHPP, des groupes de travail ouverts aux structures, sous réserve de signer la charte de la filière  CPTS, CMS, CCAS des actions de prévention en direction des seniors</p>
<b>Freins identifiés ou à lever</b> <i>(Risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.)</i>	<p>La capacité à toucher l'ensemble des seniors concernés  La limite des moyens pour agir</p>

# **Axe Stratégique 4 - Cadre de vie, un territoire résilient pour la santé**

**19 - Renforcer le repérage et le traitement des situations de mal logement****AXE STRATEGIQUE 4 : Cadre de vie, un territoire résilient pour la santé****OBJECTIF STRATEGIQUE 4-1 : Poursuivre/soutenir la lutte contre le logement indigne/insalubre ou sans confort, en zones urbaines et rurales, et des logements adaptés****Objectifs opérationnels**

- Développer des modalités complémentaires de repérage de l'habitat indigne
- Etudier la possibilité de créer un Service Communal d'Hygiène et de Santé

<b>PILOTE(S) DE L'ACTION</b>	<b>Ville de Montélimar Service Hygiène et Sécurité des Bâtiments privés</b> en lien avec <b>CAMA. Service habitat,</b>
<b>Partenaires de l'action à mobiliser</b>	ARS, CAF, ADIL, Communes, bailleurs, CCAS de Montélimar, CMS d'Espoulette et de Loriol, Espace de vie sociale, Département (DPT, MDA) Centres sociaux municipaux
<b>DUREE DE L'ACTION : Durée du CLS</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Pluriannuelle. Début : 2026</b>

**CONTEXTE****Les principaux éléments d'analyse issus du diagnostic local de santé justifiant l'action**

- Le Service Hygiène des Bâtiments Privés, acteur majeur du repérage et signalement de logements indignes et insalubres, de situations d'incurie, de contrôles, avec réunions Bimensuelle autour de dossiers en partenariat avec le CCAS, le service logement, l'ARS, Soliha, opérateur pour l'opération Rénov Habitat Montélimar (OPAH-RU).

- La présence de logements indécents ou insalubres dans certains quartiers de Montélimar (avec une forte concentration sur le centre ancien)

- Un manque de connaissance de certains bailleurs sur les obligations et réglementations liées à la décence des logements et des dispositifs et acteurs de l'accompagnement pour en sortir.

- Des bailleurs en situation fragile, des copropriétés dégradées, des bailleurs indécents

- Des propriétaires occupants en situation fragile (dont âgées)

- Des situations d'incurie, de syndromes de Diogène en augmentation post Covid, signalées par police nationale et municipale, SDIS, mais tension sur les ressources d'accompagnement, capacité de 20 dossiers/an pour sud du Département (convention CD / ARS/ Diaconat), la coordination des acteurs reste difficile.

- Des difficultés avec certains services de curatelle, tutelle, pour l'hébergement en urgence et l'accompagnement de la personne hors urgence

- On peut se féliciter de changements de pratique de certains bailleurs, agences de location qui contactent en amont le service hygiène et sécurité des bâtiments, afin de s'assurer que le logement est décent avant la mise en location => une forme en partie de « permis de louer

Le CCAS et la coordinatrice du CLS membres du COPIL incurie dans l'habitat, sur le territoire de l'agglomération de Montélimar, animé par l'ARS et le Département

Participation du service habitat aux ateliers du PDALHPD

Action en lien avec certaines actions de l'axe 4 du PDALHPD 26 2026-2031

**DESCRIPTION DE L'ACTION****Descriptif de l'action (Etapas de réalisation) :****I. Etudier la possibilité de créer un Service Communal d'Hygiène et de Santé (SCHS) permettant de soutenir les communes rurales**

En vue de monter en compétence juridique, en autonomie et traitement plus rapide des situations à Montélimar, soutenir les communes rurales pour traiter les signalements de logements insalubres ou dangereux pour la santé, notamment avec l'augmentation du nombre de situation liée au déploiement de Signal Logement.

Il est possible de créer un SCHS ou SIHS : Loi ALUR de 2014, article 75, et code de la construction et de l'habitat si compétence habitat sur l'EPCI, plus compétences de police de santé publique, définies par le Code de santé publique (L13-11-4 et suivants). Permet de définir dans la convention, les objectifs prioritaires de lutte contre l'habitat indigne sur le périmètre (pourrait être que Montélimar), les moyens humains et financiers, et toutes les compétences, comme relogement ou travaux d'office et missions liées. L'ARS resterait en soutien.



## II. Développer le repérage des situations d'habitat indigne

### Organiser une présentation de Signal Logement et des acteurs : ARS ou DDT, SHSB

- Aux conseillers numériques, aux CCAS, aux centres sociaux, acteurs sociaux, sanitaires, maires.
- Avec les acteurs intervenants sur le territoire Ceder, Solhia, etc.

### Communiquer dans le Mag Ville et Agglo : SCHB

- Les obligations des bailleurs et des locataires
- Les professionnels ressources

### Mettre en place une instance de gestion des situations de propriétaires indécis : SHSB

3 fois /an, avec les services concernés par les dossiers avec les partenaires concernés

### Former les acteurs pour renforcer l'identification et l'orientation des situations : SCHB

En particulier les professionnels allant à domicile ou en lien avec les habitants faisant des remontées. Acteurs de santé (services d'aide et soins à domicile, IDEL, médecins, médiatrice santé) du social, portage de repas, etc.

### Calendrier prévisionnel de mise en œuvre : dès début 2026

<b>Périmètre de l'action</b>	<b>Public(s) cible(s) : les communes, les habitants, les professionnels</b> <b>Territoire concerné :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Agglomération <input checked="" type="checkbox"/> Communes : Montélimar et soutient aux autres communes <input type="checkbox"/> QPV
<b>Inégalités sociales et territoriales de santé</b>	L'action apporte-t-elle une réponse graduée ? <input type="checkbox"/> Action sur l'ensemble de la population <input type="checkbox"/> Action ciblée sur les publics les plus vulnérables <input checked="" type="checkbox"/> Action d'intensité proportionnelle aux besoins de santé de la population Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quel est le niveau de participation ? <input checked="" type="checkbox"/> Information <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Implication dans la réalisation de l'action L'action implique-t-elle une coopération intersectorielle ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quels sont les secteurs mobilisés ? <input type="checkbox"/> Emploi/insertion <input checked="" type="checkbox"/> Habitat/ logement <input type="checkbox"/> Aménagement du territoire <input checked="" type="checkbox"/> Social/solidarité <input type="checkbox"/> Education <input checked="" type="checkbox"/> Autres : sécurité
<b>Indicateurs d'activité</b> (Pour suivre ce qui doit être fait. Ex : processus, étapes réalisées, partenaires mobilisés...)	La présentation de signal logement est faite La communication est réalisée L'instance de gestion des situations de propriétaires indécis est mise en place La formation des professionnels est mise en place
<b>Indicateurs de résultats</b> (Pour évaluer les effets de l'action. Ex : mise en œuvre, public cible...)	Nombre de : situations traitées par le SCHS ou SIHS, situations de propriétaires indécis étudiées, de formation réalisées / publics ciblés, de situations repérées par les acteurs formés, de situations orientées vers les dispositifs compétents / les lister Le SCHS ou SIHS est créé Nombre de logement / d'immeubles rénovés dans le cadre de l'opération Rénov Habitat Montélimar Nombre de logements sortis de la vacance
<b>Facilitants identifiés</b> (les éléments favorables existants qui faciliteront la mise en œuvre)	Le SHSB bien identifié, ressource et acteur de terrain SCHS le Maire est intéressé L'ARS peut être ressource Des financements possibles de la CAF, DETS, DDT
<b>Freins identifiés ou à lever</b> (Risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.)	SCHS l'absence de financement, L'incertitude sur la possibilité et validation d'une convention ciblée sur certaines priorités

## 20 - Recenser, promouvoir et communiquer sur des projets intégrant des aménagements, végétalisés et favorables à la santé

AXE STRATEGIQUE 4 : Cadre de vie, un territoire résilient pour la santé

OBJECTIF STRATEGIQUE 4-3 : Poursuivre les efforts pour s'adapter, se protéger du changement climatique, végétalisation et lutte contre les îlots de chaleur

Objectif(s) opérationnel(s) : Réduire les îlots de chaleurs et développer des aménagements favorables à la santé

PILOTE (S) DE L'ACTION : CAMA : Coordinatrice CLS Direction de l'Urbanisme et de l'Habitat

Partenaires de l'action à mobiliser : Les élus des communes de l'agglomération hors Montélimar Ville de Montélimar Direction de la Gestion de l'Espace Public, services des espaces verts et sportifs, voirie, bureau d'étude technique, CAMA, Direction des sports

DUREE DE L'ACTION : durée du CLS

Pluriannuelle

Début : A définir

### CONTEXTE

#### Principaux éléments d'analyse issus du diagnostic local de santé et autre justifiant l'action.

Le territoire présente une forte vulnérabilité sanitaire et sociale. La population y est vieillissante, avec une part importante de personnes isolées et en situation de vulnérabilité, notamment dans les communes de la vallée du Rhône, comme le confirme l'indice FDep.

Le changement climatique aggrave ces fragilités : à l'horizon 2050, le territoire pourrait connaître jusqu'à **40 jours de fortes chaleurs par an**, amplifiées par les îlots de chaleur urbains. Ces conditions ont des impacts sanitaires majeurs, en particulier sur les personnes âgées, les enfants, les femmes enceintes et les populations précaires, exposées à des logements mal isolés et à un accès limité aux espaces frais.

Au-delà de l'adaptation des comportements individuels, Il est nécessaire d'adapter notre environnement, notamment pour i des publics les plus vulnérables, en promouvant une **approche d'urbanisme favorable à la santé**, qui :

- Intègre de manière systématique la santé et le bien-être des populations comme critères centraux dans l'élaboration des politiques et projets d'aménagement urbain.
- Minimise les expositions aux risques (pollution, îlots de chaleur, bruit, isolement) et renforce les facteurs protecteurs (espaces verts, mobilités actives, cohésion sociale), tout en agissant contre les inégalités de santé.

Dans le diagnostic du PLUi-H des îlots de chaleur ont été repérés en centre-bourg des petites communes, comme en centre -ville de Montélimar et dans certains secteurs pavillonnaires ou zones d'activités

Le SCoT Rhône Provence Baronnies dans le cadre de l'étude « SCoT & Santé » a publié un [Guide de mise en œuvre de l'Urbanisme Favorable à la Santé](#)

Face à ces enjeux, la ville de Montélimar a déjà engagée des actions concrètes : végétalisation dont arbres adaptés au changement climatique dans les cours d'écoles, création d'espaces verts, aménagements (bancs ombragés, skate park /Street Workout, réunissant sport/ santé/ nature pour tous (enfants, jeunes, familles, seniors), tout comme plusieurs communes rurales ont installés des city stades.

Ces initiatives s'inscrivent dans une dynamique portée par les politiques publiques locales (PCAET, PADD du PLUi-H)

Des recommandations nationales : l'INCA: [Promotion de la santé, prévention des cancers et aménagement des territoires – Argumentaire](#), un état des lieux, détaillé et argumenté, des axes d'amélioration possibles pour la prise en compte de la prévention des cancers dans le cadre de stratégies d'aménagement des territoires favorables à la santé.

### DESCRIPTION DE L'ACTION

**Descriptif de l'action (Étapes de réalisation) :****I. Illustrer 2 aménagements existants, prévus, à Montélimar, intégrant des aménagements végétalisés et favorables à la santé**

**A Pracomtal un ensemble d'actions.** Réflexion sur la « place » Eugénie Cotton, en complément de la place Clémenceau : végétalisation renforcée, création d'un jardin paysager pour favoriser la fraîcheur, la biodiversité, la détente. Un cheminement piéton sécurisé de la place à l'école pour favoriser les mobilités douces et du quotidien. Installation d'aires de jeux modernes pour les plus jeunes 2-6 ans et un plateau sportif City stade et Street Workout et de loisir, pour les adolescents et les adultes Ouverture de la cour de l'école à la rentrée scolaire 2025, dans le cadre du projet « J'te prête la cour de mon école » (mercredis, WE, vacances). Amélioration des performances énergétiques des écoles.

**Sur l'agglomération et concernant 4 communes,** l'aménagement de la voie verte de Montélimar à la Bâtie- Rolland, favorable à pratique de la marche et du vélo, pour des déplacements du quotidien, pour les scolaires, et pour le loisir et permettant des aménagements à venir tels que des lieux de repos, structures sportives. Elle se prolongera jusqu'à Dieulefit

**II Recenser annuellement les projets d'équipements ou d'aménagement d'espaces publics prévus avec des espaces extérieurs végétalisés et des aménagements favorables à la santé sur l'ensemble du territoire.**

- Créer une fiche de suivi de projet et un argumentaire avec une entrée aménagement favorable à santé
- Point annuel sur les projets existants, en cours, prévus auprès des services et des Mairies : espaces verts et sportifs, bureau d'étude technique, voirie, sports

**III Communiquer sur les aménagements réalisés et les bonnes pratiques favorables à la santé**

Sélectionner un ou deux aménagements réalisés favorables à la santé

Communiquer dans le Mag de l'agglomération

**Calendrier prévisionnel de mise en œuvre :** 2026, création de la fiche de suivi, chaque 1<sup>er</sup> semestre de l'année complétude de la fiche de suivi, choix d'un ou deux projets pour communication puis renouvellement annuel

<b>Périmètre de l'action</b>	<b>Public(s) cible(s) :</b> les professionnels, les élus <b>Territoire concerné :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Agglomération <input type="checkbox"/> Communes : préciser <input type="checkbox"/> QPV
<b>Inégalités sociales et territoriales de santé</b>	L'action apporte -t-elle une réponse graduée ? <input checked="" type="checkbox"/> Action sur l'ensemble de la population <input type="checkbox"/> Action ciblée sur les publics les plus vulnérables <input type="checkbox"/> Action d'intensité proportionnelle aux besoins de santé de la population
	Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quel est le niveau de participation ? <input checked="" type="checkbox"/> Information <input checked="" type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Implication dans la réalisation de l'action
	L'action implique-t-elle une coopération intersectorielle ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quels sont les secteurs mobilisés ? <input type="checkbox"/> Emploi/insertion <input checked="" type="checkbox"/> Habitat/ logement <input checked="" type="checkbox"/> Aménagement du territoire <input type="checkbox"/> Social/solidarité <input type="checkbox"/> Education <input type="checkbox"/> Autres : Mairie, sport
<b>Indicateurs d'activité</b> <i>(Pour suivre ce qui doit être fait. Ex : processus, étapes réalisées, partenaires mobilisés ...)</i>	La fiche de suivi de projet est réalisée et complétée Tous les projets sont recensés annuellement Choix d'un ou deux projets pour communication Un article par an, dans le Mag de l'agglomération
<b>Indicateurs de résultats</b> <i>(Pour évaluer les effets de l'action. Ex : mise en œuvre, public cible ...)</i>	Effet d'entraînement : le nombre de projets tels que définis augmentent au fil des années Qualité santé des aménagement prévus
<b>Facilitants identifiés</b> <i>(les éléments favorables existants qui faciliteront la mise en œuvre)</i>	Une thématique qui concerne plusieurs politiques publiques de la CAMA et les élus
<b>Freins identifiés ou à lever</b> <i>(Risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.)</i>	Trouver le ou les bons interlocuteurs, Obtenir des réponses. L'adhésion progressive

## 21 - Intégrer la santé dans les orientations du PADD du PLUI-H, se former pour appliquer les recommandations de l'UFS dans les projets d'aménagement

### AXE STRATEGIQUE 4 : Cadre de vie, un territoire résilient pour la santé

#### OBJECTIF STRATEGIQUE 4-3 : Poursuivre les efforts pour s'adapter, se protéger du changement climatique, végétalisation et lutte contre les îlots de chaleur

##### Objectif(s) opérationnel(s) :

Intégrer la santé dans les projets d'aménagement

<b>PILOTE (S) DE L'ACTION</b>	<b>CAMA, Direction de l'Urbanisme et de l'Habitat,</b>	
<b>Partenaires de l'action à mobiliser</b>	Les communes, les bailleurs, les constructeurs, les services et entreprises des espaces verts, CAMA service mobilité Ville : Direction de la Gestion de l'Espace Public (services voirie et espace vert bureau d'étude techniques)	
<b>DUREE DE L'ACTION :</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Pluriannuelle	<b>Début : 2025</b>

#### CONTEXTE

Les indicateurs climatiques montrent qu'il fera à l'avenir beaucoup plus chaud sur le territoire. Il semble nécessaire dans ce sens d'adapter l'habitat du territoire, notamment ceux des publics les plus vulnérables, en promouvant une approche d'**urbanisme favorable à la santé (UFS)**. Dans le PLUI-H Invitation à mieux prendre en compte les risques et nuisances présents sur le territoire (comme la pollution, la circulation automobile, le bruit) sous le prisme de l'Urbanisme Favorable à la Santé)

Cette action renforcera la mise en œuvre de l'action précédente par l'intégration de la santé comme critère de choix dans la conception du projet.

Elle vise à prendre en compte systématiquement la santé dans les opérations d'aménagement et à aller vers des solutions favorables au cadre de vie, à la santé et au climat, nature en ville, désimperméabilisation, mobilité active, marchabilité...).

Accompagnement de la Direction de l'urbanisme et de l'habitat par l'Agence d'Urbanisme de Grenoble pour développer la prise en compte de la santé dans le PLUI-H.

Des ressources : Guide Isadora ou guide de mise en œuvre d'un Urbanisme favorable à la santé. SCoT RPB dans les projets d'aménagement pour favoriser, le cadre de vie, la santé (la ventilation naturelle, la végétalisation, désimperméabilisation) dans un contexte de changement climatique

#### DESCRIPTION DE L'ACTION

##### Descriptif de l'action (Etapas de réalisation) :

##### I. Intégrer la santé dans les orientations du PADD<sup>12</sup> et dans la partie réglementaire, pièces du PLUI-H

Pour comprendre la démarche c'est [ici](#) . Dans l'optique d'un territoire vivant en 2040, les orientations du PADD s'articulent en 4 grands axes comprenant chacun 4 ou 5 orientations.

Illustration pour 2 axes d'une orientation et d'objectif stratégique

<b>Axe transversal</b> : inscrire le territoire dans une démarche de transition et d'adaptation au changement climatique	Favoriser un urbanisme qui prenne soin du territoire et de ses habitants
Réduire l'exposition des habitants aux risques et nuisances > Limiter la construction dans des secteurs concernés par des risques/nuisances > Créer des îlots de fraîcheur accessibles à tous et répartis de manière équilibrée sur l'Agglomération	
<b>Axe 1</b> : investir nos villes et villages pour assurer une qualité de vie durable	Favoriser la santé et la qualité de vie à toutes les échelles.

<sup>12</sup> Projet d'Aménagement et de Développement Durables définit les orientations d'urbanisme et d'aménagement retenues

Un cadre de vie favorable à la santé, au bien-être ! Favoriser un urbanisme propice au bien-être, à la convivialité, à l'activité physique, à l'accès à la nature, et à l'adaptation climatique

Dans le cadre du PLUI-H<sup>13</sup>, il y aura, à titre d'exemple :

- Un Programme d'Orientation et d'Action sur l'habitat : habitat comme déterminant de la santé, avec la poursuite d'actions sur la réduction de l'habitat indigne, l'amélioration de l'isolation des bâtiments et des aides financières pour le faciliter.
- Des points réglementaires concernant les espaces verts à créer
- Des Orientations d'Aménagement et de Programmation (OAP) sur les conditions de desserte des nouveaux quartiers (piéton, vélo, transport en commun).

## II. Se former pour appliquer les recommandations de l'UFS dans les projets d'aménagement

Formation de la DUIH réalisée en 2025 avec suivi mis en place de PLUI-H par l'ARS et l'AURG sur le volet santé

### Calendrier prévisionnel de mise en œuvre :

#### I. Intégrer la santé dans les orientations du PADD et dans la partie réglementaire, pièces du PLUI-H

17/12/2025 Débat sur les grandes orientations du PADD du PLUI-H en Conseil Communautaire, après débat au sein de chaque conseil municipal des 27 communes.

2026. Rédaction du règlement écrit et graphiques et des prescriptions d'aménagements qui devront être appliqués dans les nouveaux quartiers (OAP)

#### II Se former pour appliquer les recommandations de l'UFS dans les projets d'aménagement

Le SCoT favorisera la formation des élus de son territoire

<b>Périmètre de l'action</b>	<b>Public(s) cible(s)</b> : les professionnels, les élus <b>Territoire concerné</b> : <input checked="" type="checkbox"/> Agglomération <input type="checkbox"/> Communes <input type="checkbox"/> QPV
<b>Inégalités sociales et territoriales de santé</b>	L'action apporte -t-elle une réponse graduée ? <input checked="" type="checkbox"/> Action sur l'ensemble de la population <input type="checkbox"/> Action ciblée sur les publics les plus vulnérables <input type="checkbox"/> Action d'intensité proportionnelle aux besoins de santé de la population Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quel est le niveau de participation ? <input type="checkbox"/> Information <input checked="" type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Implication dans la réalisation de l'action L'action implique-t-elle une coopération intersectorielle ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quels sont les secteurs mobilisés ? <input type="checkbox"/> Emploi/insertion <input type="checkbox"/> Habitat/ logement <input checked="" type="checkbox"/> Aménagement du territoire <input type="checkbox"/> Social/solidarité <input type="checkbox"/> Education <input checked="" type="checkbox"/> Autres : Urbanisme
<b>Indicateurs d'activité</b> <i>(Pour suivre ce qui doit être fait. Ex : processus, étapes réalisées, partenaires mobilisés ...)</i>	Le PLUI-H est formalisé tel que définit Les formations sont réalisées par le SCoT
<b>Indicateurs de résultats</b> <i>(Pour évaluer les effets de l'action. Ex : mise en œuvre, public cible ...)</i>	Suivi des : Prescriptions telles que définies dans les OAP, POA habitat Points réglementaires concernant les espaces verts à créer
<b>Facilitants identifiés</b> <i>(les éléments favorables existants qui faciliteront la mise en œuvre)</i>	Les élus, les acteurs, et les habitants associés à l'ensemble de la démarche. La prise en compte de la santé. L'urbanisme et l'aménagement sont des leviers importants.
<b>Freins identifiés ou à lever</b> <i>(Risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.)</i>	Poursuivre l'acculturation sur les enjeux de l'urbanisme favorable à la santé

<sup>13</sup> PLUI-H . Plan Local d'Urbanisme intercommunal valant programme local de l'habitat. Document d'urbanisme et de planification qui permet la mise en cohérence des politiques publiques territoriales.

## 22 - Intégrer la santé dans le plan de mobilité simplifié

### AXE STRATEGIQUE 4 : Cadre de vie, un territoire résilient pour la santé

**OBJECTIF STRATEGIQUE 4-3 : Poursuivre les efforts pour réduire les difficultés de mobilité urbaine et rurale pour faciliter l'accès aux soins en particulier des personnes non véhiculées, âgées isolées, en situation de précarité, de handicap**

#### Objectifs opérationnels de l'action :

- Améliorer la communication sur les offres de mobilité
- Se saisir d'opportunités pour améliorer les mobilités urbaines et rurales et faciliter l'accès à l'offre de santé
  - Améliorer l'accessibilité financières des transports pour les plus démunis (PASS)
  - Réduire les inégalités territoriales en matière d'accès aux soins.
  - Favoriser l'autonomie des personnes à mobilité réduite <sup>14</sup>en situation de précarité, d'isolement, non motorisés.

<b>PILOTE (S) DE L'ACTION</b>	<b>CAMA : Service mobilité</b>
<b>Partenaires de l'action à mobiliser</b>	PCAET, Structures de santé, hôpitaux : GHPP CMP, CAMPS, les CCAS et Mairies, les centres sociaux ou équivalent, Centre médico-social Montélibus, Karos, usagers professionnels
<b>DUREE DE L'ACTION : Durée du CLS</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Pluriannuelle <b>Début : 2026</b>

### CONTEXTE

#### Principaux éléments d'analyse issus du Diagnostic local de santé justifiant l'action

- Une population âgée importante, tendance qui va se poursuivre (besoins de soins accrus). Une situation socio-économique plus défavorable à Montélimar : personnes vivant seules, indicateurs de précarité. 31.4% de ménages allocataires CAF à bas revenus sur le territoire (Diagnostic CAF/ CTG)

- Transports en commun : utilisation inférieure aux moyennes nationales du réseau malgré des lignes fortes. Difficultés de mobilité pointées lors des entretiens collectifs :

- Pour les personnes en situation de handicap, besoin de mieux adapter les transports en commun pour faciliter leur insertion dans la cité, un frein également pour l'insertion professionnelle, plateforme de la mobilité à Valence mais pas de permanence à Montélimar.

- Pour les élus des communes rurales : de grandes difficultés de mobilité pour les habitants non véhiculés, toutes tranches d'âge confondues. La pratique du co-voiturage ne se développe pas.

- Pour les élus des communes intermédiaires : même en proximité de Montélimar ou de l'A7 : des difficultés de mobilité pour les personnes non véhiculées.

- Pour les habitants de Montélimar : des insatisfactions concernant les transports en commun. Sur la fréquence de passage des bus et leur ponctualité, l'accès aux horaires uniquement dématérialisés : exclusion numérique. Bus non adapté à tous (PA, PH) : existence de transports à la demande ? Difficultés soulignées pour les jeunes souhaitant se déplacer seuls vers le centre-ville (en dehors des trajets quartiers/collèges, lycées) pour accéder à des activités/ressources, générant un ressenti d'enclavement géographique

#### - Transports en commun et accès aux services de santé et de soins

- Quartiers mal desservis pour accéder aux lieux soins à Montélimar : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP), Centre Médico-Psychologique (CMP), Permanence d'accès aux soins de santé (PASS, les urgences) de l'hôpital (GHPP)...+ coût du ticket.

- Liaisons insuffisantes entre les communes et Montélimar pour les services médicaux, GHPP : (Urgences : 150 passages/jour), Maison Médicale de Garde, CMP, centre de santé sexuelle).

- Pas de bus en soirée, notamment sur les horaires de la Maison Médicale (20h-00h). Fréquences, horaires dont en soirée sont un frein important d'accès aux services de soins identifiés lors de

<sup>14</sup> Ensemble des personnes ayant des difficultés pour utiliser les transports publics (personnes en situation de handicap, âgées, femmes enceintes, etc.). Personnes éprouvant des difficultés à se déplacer, de manière provisoire ou permanente

plusieurs entretiens collectifs, pour les personnes non véhiculées, âgées, isolées, en situation de handicap.

-Les **ressources** : transport en commun : Montélibus dont Montéliflex (transport à la demande), Montélimob (service pour personnes en fauteuil roulant), politique tarifaire <sup>15</sup>. Plan d'accessibilité des quais de bus. Covoiturage : Karos 1€.

-**En complément lors du groupe de travail** il a été partagé que les usagers de l'hôpital non véhiculés se déplaçaient beaucoup à pied ou à vélo. Cependant, ces modalités de déplacements font l'objet de peu de communication et ils sont peu sécurisés.

**-Les politiques publiques de la CAMA en lien avec les transports :**

Mobilité : Autorité organisatrice de la mobilité Plan de Mobilité Simplifié.<sup>16</sup> Schéma directeur cyclable, coordination avec le délégataire et covoiturage.

PCAET. Axe 4 Mobilité. Action 4.1.2 renforcer réseau et intermodalité.

PLUi-H / PADD : Axe 1 Accès équitable aux services et équipements de santé.

-**Ressource d'appui** : Le SCoT Rhône Provence Baronnies dans le cadre de l'étude « SCoT & Santé » a publié un [Guide de mise en œuvre de l'Urbanisme Favorable à la Santé](#)

## DESCRIPTION DE L'ACTION

### Descriptif de l'action (Étapes de réalisation) :

#### I. Communiquer régulièrement sur les offres de mobilité et tarifs.

-Réaliser un support de communication, à partir de cartographies des réseaux de transport (arrêts/horaires), des pistes cyclables, l'offre mon vélo avec tarif, stations, et lieux de soins en 1<sup>er</sup> ceux ciblés : les mettre à disposition des partenaires (lieux d'offre de santé du territoire, et lieux ressources : médiathèque, mairies des villages (horaires, affiches), centres sociaux, Centres médico-sociaux pour relais aux usagers, citoyens.

#### II. Donner aux professionnels de la PASS des tickets de transport

Une 20<sup>aine</sup>/an, pour leurs usagers les plus en difficulté financière

#### III. Se saisir de la perspective d'un plan de mobilité simplifié pour y inclure la santé

Compte tenu qu'il « *cherche à rendre effectif le droit à la mobilité pour tous, c'est-à-dire à répondre aux enjeux sociaux de la mobilité (accès à l'emploi, aux services...), dans le respect d'un développement équilibré et durable et intègre les spécificités du territoire* »

- Porter à connaissance des élus décideurs du plan de mobilité simplifié, des difficultés de mobilité pour les patients non véhiculés en lien avec l'accès aux services de soins du territoire. Difficultés identifiées lors du diagnostic local de santé et de la validation par le Comité de Pilotage restreint du plan d'actions du CLS dont par les élus

**Calendrier prévisionnel de mise en œuvre** : 2026 : communication. Travail d'élaboration du Plan de mobilité

<b>Périmètre de l'action</b>	<b>Public(s) cible(s)</b> : acteurs, du social, santé, médico-social en lien avec les publics concernés par les difficultés d'accès aux structures de soins
	<b>Territoire concerné</b> : <input checked="" type="checkbox"/> Agglomération <input type="checkbox"/> Communes : préciser <input checked="" type="checkbox"/> QPV
<b>Inégalités sociales et territoriales de santé</b>	L'action apporte -t -elle une réponse graduée ? <input type="checkbox"/> Action sur l'ensemble de la population <input checked="" type="checkbox"/> Action ciblée sur les publics les plus vulnérables <input type="checkbox"/> Action d'intensité proportionnelle aux besoins de santé de la population
	Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quel est le niveau de participation ? <input checked="" type="checkbox"/> Information <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Implication dans la réalisation de l'action
	L'action implique-t-elle une coopération intersectorielle ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quels sont les secteurs mobilisés ? <input type="checkbox"/> Emploi/insertion <input type="checkbox"/> Habitat/ logement <input type="checkbox"/> Aménagement du territoire <input checked="" type="checkbox"/> Social/solidarité <input type="checkbox"/> Education <input checked="" type="checkbox"/> Autres : santé ; mobilité, PCAET, PLUi-H

<sup>15</sup> PASS annuel gratuit pour retraités, PMR, PASS solidaire (RSA, C2S) 10 voyages 4 €, à l'unité 0.5 €

<sup>16</sup> [Le plan de mobilité simplifié - Planifier les déplacements dans un territoire rural ou une ville moyenne : Fiche de synthèse du plan de mobilité simplifié \(PdMS\) - Cerema](#)

<b>Indicateurs d'activité</b> <i>(Pour suivre ce qui doit être fait. Ex : processus, étapes réalisées, partenaires mobilisés ...)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Communication et cartographie réalisées</li> <li>- Le principe du plan de mobilité simplifié est validé</li> </ul>
<b>Indicateurs de résultats</b> <i>(Pour évaluer les effets de l'action. Ex : mise en œuvre, public cible ...)</i>	<p>Communication &amp; cartographie</p> <p>Nombre de documents donnés et demandés / an</p> <p>Les enjeux de santé sont intégrés dans les politiques engagées par la CAMA : Mobilités, PCAET, PLUi-H</p>
<b>Facilitants identifiés</b> <i>(Les éléments favorables existants qui faciliteront la mise en œuvre)</i>	<p>La demande du GHPP employeur, une opportunité, pour augmenter les fréquences en journées de la ligne 4. Thématique concernant des politiques publiques de la CAMA. Le SCoT peut être ressource.</p>
<b>Freins identifiés ou à lever</b> <i>(Risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir)</i>	<p>Les coûts / tension budgétaire</p> <p>Incompréhension des partenaires si le projet n'aboutit pas</p> <p>Rechercher des financements (CEREMA) ?</p>



## 23 - Développer la marchabilité pour tous et accompagner les mobilités actives

**AXE STRATEGIQUE 4 : : Cadre de vie, un territoire résilient pour la santé**

**OBJECTIF STRATEGIQUE 4-4 : Faciliter et favoriser les mobilités douces et actives pour tous et en particulier pour les personnes, en situation de handicap, âgées**

### Objectifs opérationnels de l'action :

- Renforcer et développer la visibilité des projets de marchabilité
- Développer des ateliers d'apprentissage du vélo ou de remise en selle pour favoriser la mobilité active, et du quotidien.
- Réaliser une « charte aménagement et mobilités actives »

### PILOTES DE L'ACTION

**CAMA : services mobilité, urbanisme.**

### Partenaires de l'action à mobiliser

CAMA, PCAET, Développement économique. Ville de Montélimar, centres sociaux, DGED : bureau d'étude technique, espace de vie sociale, CCAS et maries de l'agglomération, Montélovélo, EPIC, Montélimar Agglo Tourisme, le service communication, le SCoT Rhône Provence Baronnies en soutien

**DUREE DE L'ACTION : durée du CLS**

**Pluriannuelle**    **Début : 2026**

### CONTEXTE

#### Principaux éléments d'analyse issus du diagnostic local de santé justifiant l'action

Impacts sur la santé des mobilités « douces » (vélo, marche) et transports en commun :

- Réduction des polluants (PM2,5, NO<sub>2</sub>) et du bruit/voiture
- Prévention du surpoids et obésité, du stress, anxiété, burn-out, troubles anxieux,
- Amélioration de l'humeur, moral, et renforcement du lien social et de l'estime de soi.

Sur le territoire, la part des déplacements domicile-travail en véhicule motorisé est supérieure à la moyenne régionale (74 %), à Montélimar, Marsanne, Portes-en-Valdaine (85 %).

Les acteurs, professionnels, élus et habitants ont fait remonter que les déplacements en voiture sur l'agglomération restent le 1<sup>er</sup> moyen de déplacement

- Les élus des communes rurales indiquent que la marche est favorisée par des voies vertes/piétonnes sur certaines communes avec une bonne fréquentation. Il est souligné le peu de parcours cyclables sécurisés et continus, la faible pratique pour trajets quotidiens.
- Les élus des communes intermédiaires indiquent la présence d'aménagements dans certaines communes, de parcours piétonniers, cyclables.
- Les habitants pointent des contraintes sur les mobilités douces, le manque de pistes cyclables et les discontinuités de celle existantes. Des difficultés sur les « trajets du quotidien » (trottoirs étroits, présence importante des voitures...) surtout en direction du centre-ville. Des attentes pour développer la marchabilité pour tous, bancs et points d'eau.
- Un schéma directeur cyclable en cours de validation (18 itinéraires) avec pour enjeu la continuité des itinéraires

**Politique publique de la ville de Montélimar :** DGEP : Dans toutes les études et pour tout aménagement, l'accessibilité et la prise en compte du déplacement en mode doux doit être pris en compte et à réaliser. Pour les aménagements de voirie, les élus souhaitent intégrer la création d'espaces verts.

#### Les politiques publiques de la CAMA en lien avec les mobilités actives

Le PCAET : Axe S4 Mobilité action 4.1.1 Favoriser le développement de mobilités individuelles sobres en carbone Action : développer les modes doux et actifs.

Le service mobilité, en charge du schéma directeur cyclable.

Le PADD Axe transversal : inscrire le territoire dans une démarche de transition et d'adaptation au changement climatique. Axe 1 : investir nos villes et villages pour assurer une qualité de vie durable. Déployer une stratégie de mobilité durable

**Ressource d'appui :** Le SCoT Rhône Provence Baronnies après l'étude « SCoT & Santé » a publié un [Guide de mise en œuvre de l'Urbanisme Favorable à la Santé](#) qui sera actualisé

### DESCRIPTION DE L'ACTION

**Descriptif de l'action (Étapes de réalisation) :****I. Communication et outils de communication**

Renforcer la Communication sur le schéma directeur cyclable,

Pour faire connaître les itinéraires des schémas cyclables de l'agglomération et des communes et permettre de faire du vélo dans de bonnes conditions

Comment : Réaliser des cartographies des itinéraires cyclables avec localisation des stationnements vélos.

Modalités : sites internet de l'Agglomération, Office du tourisme, Développement économique, Une exposition à l'Hôtel de Ville de Montélimar.

**Qui** : Service Mobilité avec le bureau d'étude du schéma cyclable de Montélimar.

Renforcer les jalonnements des modes actifs et établir une carte « mobilité active d'agglomération

Identifier les jalonnements (panneaux, marquage au sol) les temps de parcours, itinéraires.

Réaliser une carte « mobilité active » type plan de métro, à partir des cartographies des voies vertes et bleues, la viaRhôna, les espaces verts, les zones piétonnes, les déplacements à pied vers les services de soins dont hôpital et service de soins, les schémas cyclables, Mon vélo et les stations.

**Qui** Service mobilité

**II. Proposer sur le territoire des ateliers d'apprentissage du Vélo ou de remise en selle**

Pour les adultes dont seniors souhaitant apprendre à faire du vélo ou s'y remettre, pour les enfants

**Qui** : Service Mobilité, avec centres médico sociaux, centres sociaux, les CCAS, les mairies, Montélovélo

**III. Réflexion pour aboutir à la réalisation d'une charte « Aménagement et mobilité active »**

Un document pour inciter les élus à s'engager dans la prise en compte de la continuité de la marchabilité, des aménagements favorables (trottoirs, ralentissement, zone de dégagement, mobiliers urbains, banc, ombrages de rues) de la cyclabilité des projets d'aménagement, les liaisons avec les centres de vies, l'accès aux espaces verts, l'accès aux services de soins Prenant en compte les priorités de santé (accès aux services dont de soins, activité physique, mobilité du quotidien) Possibilité de s'inspirer d'ISADORA

**Qui** : CAMA Mobilité, Montélimar : DGEP, bureau d'étude technique. En appui CAMA Direction Urbanisme et Habitat et le SCot RPB

**Calendrier prévisionnel de l'action.** 2026 : Communiquer sur les schémas cyclables, Mars/Juin, le reste des sous- actions sera à définir par les porteurs. Il est prévu que la rédaction de charte sur « Aménagement et mobilité active » soit plutôt en dernier.

<b>Périmètre de l'action</b>	<b>Public(s) cible(s) :</b> tout public avec une attention particulière aux personnes vulnérables <b>Territoire concerné :</b> <input checked="" type="checkbox"/> Agglomération <input type="checkbox"/> Communes <input type="checkbox"/> QPV
<b>Inégalités sociales et territoriales de santé</b>	L'action apporte -t-elle une réponse graduée ? <input checked="" type="checkbox"/> Action sur l'ensemble de la population <input type="checkbox"/> Action ciblée sur les publics les plus vulnérables <input checked="" type="checkbox"/> Action d'intensité proportionnelle aux besoins de santé de la population Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quel est le niveau de participation ? <input type="checkbox"/> Information <input checked="" type="checkbox"/> Consultation <input checked="" type="checkbox"/> Implication dans la réalisation de l'action (en partie) L'action implique-t-elle une coopération intersectorielle ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quels sont les secteurs mobilisés ? <input type="checkbox"/> Emploi/insertion <input type="checkbox"/> Habitat/ logement <input checked="" type="checkbox"/> Aménagement du territoire <input checked="" type="checkbox"/> Social/solidarité <input checked="" type="checkbox"/> Education <input type="checkbox"/> Autres : A préciser
<b>Indicateurs d'activité</b> <i>(Pour suivre ce qui doit être fait. Ex : processus, étapes réalisées, partenaires mobilisés ...)</i>	Les actions de communication ont été réalisées Nombre d'ateliers réalisés, de partenaires mobilisés. Nombre de groupe de travail réalisé pour la Charte « Aménagement et mobilité active » et état d'avancement : <input type="checkbox"/> non démarrée, <input type="checkbox"/> en cours <input type="checkbox"/> terminée

<b>Indicateurs de résultats</b> <i>(Pour évaluer les effets de l'action. Ex : mise en œuvre, public cible ...)</i>	Identifier des indicateurs prévus dans les schémas, plans existants. Nombre de personnes touchées par ateliers et satisfaction du public ; Nombre de diffusion de la carte mobilité active
<b>Facilitants identifiés</b> <i>(les éléments favorables existants qui faciliteront la mise en œuvre)</i>	CAMA Une thématique concernant plusieurs politiques publiques Le Scot en appuis Co financement possible pour des animations/ AMI ARS
<b>Freins identifiés ou à lever :</b> <i>(Risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.)</i>	S'assurer de co portage Trouver certains partenaires Le temps pour faire Les coûts éventuels

# **Axe Transversal - Coordination du Contrat Local de Santé**

## 24 - Coordonner la dynamique autour du Contrat Local de Santé et du Conseil Local de Santé Mentale

**AXE STRATEGIQUE TRANSVERSAL** : Coordination du Contrat Local de Santé

**OBJECTIF STRATEGIQUE T1** : Animer et évaluer le Contrat Local de Santé et le Conseil Local de Santé Mentale

### Objectif(s) Opérationnel(s)

Contribuer à favoriser l'interconnaissance

Favoriser une dynamique partenariale entre acteurs du territoire

**PILOTE (S) DE L'ACTION :** **Coordinatrice du CLS**

**Partenaires mobilisés pour l'action** Les signataires du CLS et les acteurs locaux non-signataires

**DUREE DE L'ACTION : Durée du CLS**

**Pluriannuelle Début : 2026**

### CONTEXTE

Le Contrat local de santé après la réalisation du diagnostic local de santé partagé ayant réuni une grande diversité d'acteurs est une opportunité de travailler localement de façon décloisonnée à un plan d'actions permettant de contribuer à la réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé.

Cette approche globale de santé n'est pas une évidence et demande un peu d'acculturation. Néanmoins cette démarche projet de santé publique permet d'inviter à y contribuer des acteurs extrêmement différents, aux cultures toutes aussi différentes, des associations de bénévoles, aux associations avec des salariés, de porteurs institutionnels de politiques publiques, aux porteurs locaux de politiques publiques, qu'ils soient de la collectivité ou des hôpitaux, ce qui en fait la particularité et la richesse.

C'est tout l'intérêt que les collectivités locales et leurs élus s'en emparent et restent mobilisés pour les 5 ans à venir

Il nous faudra ensemble poursuivre cette dynamique, l'entretenir, reconnaître la place de chacun car la santé est bien l'affaire de tous acteurs, et ne dépend pas uniquement des acteurs de notre système de santé. La coordination joue un rôle clé mais ne peut tout faire.

### DESCRIPTION DE L'ACTION

#### Descriptif de l'action (Etapas de réalisation) :

- Préparer /animer les instances de gouvernance du CLS et CLSM : comité de pilotage, comité technique, assemblée plénière pour CLSM, les groupes de travail
- Coordonner la mise en œuvre des actions en lien avec les pilotes d'actions ou en animant des groupes de travail le temps que se dégagent des porteurs
- Evaluer annuellement la mise en œuvre du plan d'action
- Soutenir et développer des partenariats en participant aux groupes, comités de pilotage, bureaux, réseaux des partenaires (Scot et Santé, PLUI-H, PAT, Copil ARS : incurie Montilienne, cancer, vaccination HPV, Montélimar copil PRE, Comité consultatif seniors, politique de la ville GHPP Bureau de filière gérontologique Montilienne, Projet d'établissement, Ateliers ville-hôpital GHPP/ CPTS AG des associations partenaires, Plénière du collectif santé précarité)

**Calendrier prévisionnel de mise en œuvre** : COPIL (1x/an). COTECH (1x/an minimum). GT selon besoins identifiés

#### Périmètre de l'action

**Public(s) cible(s)** : Partenaires institutionnels, des collectivités, associatifs

**Territoire concerné** :  Agglomération  Communes  QPV  territoire plus important

#### Inégalités sociales et territoriales de santé

L'action apporte -t -elle une réponse graduée ?

Action sur l'ensemble de la population

Action ciblée sur les publics les plus vulnérables

Action d'intensité proportionnelle aux besoins de santé de la population

	<p>Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Quel est le niveau de participation ? <input checked="" type="checkbox"/> Information <input type="checkbox"/> Consultation <input type="checkbox"/> Implication dans la réalisation de l'action</p> <p>L'action implique-t-elle une coopération intersectorielle ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Quels sont les secteurs mobilisés ? <input checked="" type="checkbox"/> Emploi/insertion <input checked="" type="checkbox"/> Habitat/ logement <input checked="" type="checkbox"/> Aménagement du territoire <input checked="" type="checkbox"/> Social/solidarité <input checked="" type="checkbox"/> Education <input checked="" type="checkbox"/> Autres : économie, mobilité, aménagement</p>
<b>Indicateurs d'activité</b> <i>(Pour suivre ce qui doit être fait. Ex : processus, étapes réalisées, partenaires mobilisés ...)</i>	<p>Nombre de rencontres (groupe de travail, COTECH, COPIL) &amp; Nombre de participants</p>
<b>Indicateurs de résultats</b> <i>(Pour évaluer les effets de l'action. Ex : mise en œuvre, public cible ...)</i>	<p>Suivi annuel du plan d'action défini</p>
<b>Facilitants identifiés</b> <i>(les éléments favorables existants qui faciliteront la mise en œuvre)</i>	<p>Une bonne participation au diagnostic local de santé</p> <p>Les groupes de travail pour les fiches action ont été une opportunité de travailler ensemble, de poursuivre l'interconnaissance, de faire découvrir des actions et des acteurs</p>
<b>Freins identifiés ou à lever</b> <i>(Risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.)</i>	<p>Disponibilité des partenaires ou de la coordinatrice</p> <p>La coordination avec CTG, CLSPDR pour ne pas sur-solliciter les partenaires et rendre les démarches réciproques plus lisibles.</p>

## 25 - Impulser une dynamique intersectorielle avec les acteurs autour du Contrat local de Santé et du Conseil Local de Santé Mentale

**AXE STRATEGIQUE TRANSVERSAL : Coordination du Contrat Local de Santé**

**OBJECTIF STRATEGIQUE T2 : Faire de la santé une politique partagées entre acteurs**

### Objectif(s) Opérationnel(s)

- 1 Favoriser la participation de représentants associatifs de citoyens et d'élus dans la gouvernance<sup>17</sup> et dans les actions.
- 2 Inclure la santé dans toutes les politiques publiques locales.

<b>PILOTE (S) DE L'ACTION</b>	<b>Coordinatrice CLS CLSM</b>
<b>Partenaires de l'action à mobiliser</b>	Les membres du COPIL, les partenaires des actions du CLS et du CLSM
<b>DUREE DE L'ACTION : durée du CLS</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Pluriannuelle Début : 2026

### CONTEXTE

Le Contrat Local de Santé naît d'une volonté politique d'un EPCI de s'intéresser à la Santé de son territoire et d'anticiper les besoins à venir par un plan d'actions contribuant aux réductions des inégalités de santé et d'agir sur les déterminants de la santé tels que les mobilités, l'urbanisme favorable à la santé

C'est pourquoi les élus de le Communauté d'Agglomération de Montélimar Agglomération ont validé le plan d'actions du Contrat Local de Santé et encouragent sa dynamique.

En complément du Président, un vice-président et un élu communautaire sont membres du comité de pilotage du CLS.

Le CLS a mobilisé les Maires ou leurs représentants lors du diagnostic local de santé, les résultats leurs ont été présenté en bureau des élus, puis le CLS de l'agglomération de Montélimar a été présenté au Conseil Communautaire. Néanmoins il reste dans son fonctionnement une coordination qui se fait avec les acteurs du territoire et les institutions (réalisation des fiches actions).

Il s'agit donc de permettre aux élus de porter la parole des habitants dans le cadre du CLS mais aussi de pouvoir suivre l'avancée des actions et de se tenir informés de son actualité.

### DESCRIPTION DE L'ACTION

#### Descriptif de l'action (Etapas de réalisation) :

#### I. Trois modalités peuvent faciliter la participation de représentants associatifs de citoyens et d'élus dans la gouvernance<sup>18</sup> et dans les actions.

- Le Comité technique du CLSM
- La commission famille rassemblant les élus des communes
- Les actions du CLS ou CLSM qui prévoient la participation des habitants ou interrogation des élus

#### II. S'assurer que les politiques publiques mobilisées dans le plan d'actions du CLS soient effectives

-Etudier la faisabilité d'être invité dans les autres commission existantes en lien avec les thématiques du CLS se réunissent sur des thématiques du CLS

Associer nouveau DGA

**Calendrier prévisionnel de mise en œuvre** : 2026 et au-delà

<b>Périmètre de l'action</b>	<b>Public(s) cible(s)</b> : l'ensemble des acteurs contribuant aux fiches action et groupes de travail, les élus, les citoyens
	<b>Territoire concerné</b> : <input checked="" type="checkbox"/> Agglomération <input type="checkbox"/> Communes <input type="checkbox"/> QPV

<sup>17</sup> Loi 3 DS et nouveau référentiel des Conseils Locaux de santé Mentale

<b>Inégalités sociales et territoriales de santé</b>	<p>L'action apporte -t -elle une réponse graduée ?  <input checked="" type="checkbox"/> Action sur l'ensemble de la population  <input type="checkbox"/> Action ciblée sur les publics les plus vulnérables  <input type="checkbox"/> Action d'intensité proportionnelle aux besoins de santé de la population</p> <p>Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non          Quel est le niveau de participation ? <input type="checkbox"/> Information <input type="checkbox"/> Consultation <input checked="" type="checkbox"/> Implication dans la réalisation de l'action</p> <p>L'action implique-t-elle une coopération intersectorielle ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non          Quels sont les secteurs mobilisés ? <input checked="" type="checkbox"/> Emploi/insertion <input checked="" type="checkbox"/> Habitat/ logement <input checked="" type="checkbox"/> Aménagement du territoire <input checked="" type="checkbox"/> Social/solidarité <input checked="" type="checkbox"/> Education <input type="checkbox"/> Autres :</p>
<b>Indicateurs d'activité</b> <i>(Pour suivre ce qui doit être fait. Ex : processus, étapes réalisées, partenaires mobilisés ...)</i>	Les actions prévues ont été mises en place
<b>Indicateurs de résultats</b> <i>(Pour évaluer les effets de l'action. Ex : mise en œuvre, public cible ...)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fréquence des rencontres/commissions</li> <li>- Facilitation du dialogue habitant/élus/CLS/ acteurs</li> </ul>
<b>Facilitants identifiés</b> <i>(les éléments favorables existants qui faciliteront la mise en œuvre)</i>	L'existence de plusieurs Commission thématiques (Elus et services) Des élus moteurs
<b>Freins identifiés ou à lever</b> <i>(Risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.)</i>	Les fonctionnements en silo de l'administration La disponibilité des acteurs



**26 - Favoriser l'accès à l'information****AXE STRATEGIQUE TRANSVERSAL : Coordination du Contrat Local de Santé****OBJECTIF STRATEGIQUE T3 : Faire connaître et diffuser de l'information****Objectif(s) Opérationnel(s)**

- Faciliter l'accès à l'information
- Renforcer la visibilité

**PILOTE (S) DE L'ACTION** **Coordinatrice CLS, Service Communication****Partenaires à mobiliser pour l'action**

Les membres du copil, le service communication

**DUREE DE L'ACTION : Durée du CLS** **Pluriannuelle****CONTEXTE****Les principaux éléments d'analyse issus du diagnostic local de santé justifiant l'action.**

Que ce soit lors du diagnostic ou lors des temps de travail sur les fiches action il a été constaté que l'accès à l'information, à la connaissance de la diversité de l'existant et des acteurs était un besoin et un enjeu importants, en complément de la communication de chacun. Favoriser la connaissance des actions développées dans le CLS et le CLSM l'est également Communiquer des informations pratico-pratiques pour tous

**DESCRIPTION DE L'ACTION****Descriptif de l'action (Etapas de réalisation) :****I. Créer une page santé sur le site web de l'agglomération, alimenter le Mag de l'agglomération, communiquer sur les réseaux sociaux pour :**

- Expliquer et rendre visible le CLS CLSM, du diagnostic au plan d'action, créer un logo
- Communiquer sur les actions du CLS et CLSM pour informer et favoriser la participation de citoyens et de partenaires
- Recenser, centraliser et faire connaître les ressources, dispositifs, actions existantes, prévues dans le CLS
- Communiquer des informations pratico-pratiques
- Diffuser sur les réseaux sociaux les actualités en santé
- Faire connaître au public et inciter les acteurs à alimenter le site du département [Drôme Infos : toute l'info ! - Drôme Infos](#) ,

**II Diffuser par mails aux acteurs** les dispositifs, actualités, AAP, AMI des partenaires (ARS, CPAM, Département) pouvant soutenir, enrichir les actions du CLS, renforcer le service public

**Calendrier prévisionnel de mise en œuvre** : avril 2026 création, puis alimentation progressive du site

<b>Périmètre de l'action</b>	<b>Public(s) cible(s) : professionnels, élus et habitants du territoire</b>
	<b>Territoire concerné</b> : <input checked="" type="checkbox"/> Agglomération <input type="checkbox"/> Communes <input type="checkbox"/> QPV
<b>Inégalités sociales et territoriales de santé</b>	L'action apporte-t-elle une réponse graduée ? <input checked="" type="checkbox"/> Action sur l'ensemble de la population <input type="checkbox"/> Action ciblée sur les publics les plus vulnérables <input type="checkbox"/> Action d'intensité proportionnelle aux besoins de santé de la population
	Y-a-t-il une démarche participative associant les citoyens ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quel est le niveau de participation ? <input type="checkbox"/> Information <input type="checkbox"/> Consultation <input checked="" type="checkbox"/> Implication dans la réalisation de l'action
	L'action implique-t-elle une coopération intersectorielle ? <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Quels sont les secteurs mobilisés ? <input checked="" type="checkbox"/> Emploi/insertion <input checked="" type="checkbox"/> Habitat/ logement <input checked="" type="checkbox"/> Aménagement du territoire <input checked="" type="checkbox"/> Social/solidarité <input checked="" type="checkbox"/> Education <input checked="" type="checkbox"/> Autres : Développement économique

<p><b>Indicateurs d'activité</b>  <i>(Pour suivre ce qui doit être fait.  Ex : processus, étapes réalisées,  partenaires mobilisés ...)</i></p>	<p>La page web est mise en place et alimentée,  Une programmation annelle est faite avec le service communication dont sur le Mag, et le logo est réalisé et utilisé  Les réseaux sociaux sont alimentés des actualités sur la santé</p>
<p><b>Indicateurs de résultats</b>  <i>(Pour évaluer les effets de  l'action. .Ex : mise en œuvre,  public cible ...)</i></p>	<p>Analyse de la fréquentation du site etc.  Des articles sur le MAG sont faites régulièrement  Des acteurs du territoire structures et associations, qui ne l'étaient pas, se sont référencés sur DromeInfo</p>
<p><b>Facilitants identifiés</b> <i>(les éléments favorables existants qui faciliteront la mise en œuvre)</i></p>	<p>Correspond à un besoin et à une attente</p>
<p><b>Freins identifiés ou à lever</b> <i>(Risques identifiés, difficultés préalables à lever, bonnes pratiques à promouvoir, etc.)</i></p>	<p>Avoir une alimentation régulière, vérifier les changements pour le pas communiquer une information qui n'est plus juste</p>

## Glossaire

**ADAPEI** : Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés

**ADEME** : Agence de l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie

**AEEH** : Allocation d'Education Enfant Handicapé

**AESH** : Accompagnant des Élèves en Situation de Handicap

**ALD** : Affection de Longue Durée

**ALSH** : Accueil de Loisir Sans Hébergement

**AME** : Aide Médicale de l'Etat

**AMI** : Appel à Manifestation d'Intérêt

**APA** : Allocation Personnalisée d'Autonomie

**APAJH** : Association pour Adultes et Jeunes Handicapés

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**ASALEE** : Action de Santé Libérale en Équipe

**C2R** : Centre de Remédiation cognitive et de Réhabilitation psychosociale

**CAF** : Caisse d'Allocations Familiales

**CAMSP** : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

**BIJ** : Bureau Information Jeunesse

**CCOSM** Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la santé

**CJC** : Consultation Jeune Consommateur

**CLAT** : Centre de Lutte Anti Tuberculeuse

**CLS** : Contrat Local de Santé

**CLSM** : Conseil Local de Santé Mentale

**CMP** : Centre Médico-psychologique

**CMPP** : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

**CMS** : Centre Médico-Social

**CSS** : Centre de Santé Sexuelle

**CSS (C2S)** : Complémentaire Santé Solidarité

**CTG** : Convention Territoriale Globale

**CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

**CSAPA** : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

**CRT** : Centre de Ressources Territorial

**DAC** : Dispositif d'Appui à la Coordination

**EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

**EPCI** : Etablissement Public de Coopération Intercommunale

**EMPP** : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

**EN** : Education Nationale

**FDEP** : indice de défavorisation sociale

**GHPP** : Groupement Hospitalier Portes de Provence

**GHT** : Groupement Hospitalier de Territoire

**HPV** : Human Papilloma Virus (Papilloma virus humain)

**HPST (loi)** : Hôpital Patient Santé Territoire

**IDEL**: Infirmière Diplômée d'État Libérale

**IME**: Institut Médico-Educatif

**IPA**: Infirmier en Pratique Avancée

**ITEP** : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

**MDA** : Maison Départementale de l'Autonomie (selon contexte)

**MDA** : Maison des Adolescents (selon contexte)

**MSA** : Mutualité Sociale Agricole

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**OPAH** : Opération Programmée pour l'Amélioration de l'Habitat

**PCAET** : Plan Climat Air Energie Territorial

**PCO** : Plateforme de Coordination et d'Orientation

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile

**PEPSRA** : Les Pupilles de l'Enseignement Public Sud Rhône-Alpes

**PH** : Personne en situation de Handicap

**PPEA** : Pôle de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

**PRAPS** : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

**CPTS** : Communauté Professionnelle  
Territoriale de Santé

**PRS** : Projet Régional de Santé

**PTSM** : Projet Territorial de Santé Mentale

**QPV** : Quartier Prioritaire de la Politique de la  
Ville

**RPE** : Relais Petite Enfance

**RQTH** : Reconnaissance de la Qualité de  
Travailleur Handicapé

**SAD** : Services Autonomie à Domicile

**SAS** : Service d'Accès aux Soins

**PRE** : Programme de Réussite Educative

**SCoT** : Schéma de Cohérence Territoriale

**SESSAD** : Service d'Education Spéciale et de  
Soins à Domicile

**SNP** : Soins Non Programmés

**SOLIHA** : Solidaires pour l'Habitat

**SSIAD** : Service de Soins infirmiers A Domicile

**SRS** : Schéma Régional de Santé

**UNAFAM** : Union Nationale des Familles et  
Amis de personnes malades et/ou  
handicapées psychiques