

DIAGNOSTIC LOCAL DE SANTÉ



OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

COMMUNAUTÉ DE COMMUNES
PORTE DE DRÔMARDÈCHE

DÉCEMBRE 2024

—PORTE DE—
DrômArdeche
communauté de communes

**CE TRAVAIL A ÉTÉ RÉALISÉ PAR
L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ AUVERGNE-RHÔNE-ALPES**

Patricia MEDINA, responsable des études qualitatives

Ève GIOVANNINI, chargé d'études en santé publique

Alan LE CALLOCH, chargé d'études en santé environnement

Abdoul SONKO, statisticien

Sylvie MAQUINGHEN, Directrice déléguée

À la demande de la Communauté de communes de Porte de DrômArdèche

Ce rapport est disponible sur le site Internet de l'ORS Auvergne-Rhône-Alpes :

www.ors-auvergne-rhone-alpes.org

REMERCIEMENTS

L'Observatoire régional de la santé Auvergne Rhône-Alpes tient à remercier ici toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation du Diagnostic Local de Santé de la Communauté de communes de Porte de DrômArdèche :

- Les élus de la Communauté de communes de Porte de DrômArdèche qui ont soutenu et enrichi le diagnostic par leur connaissance du territoire et leurs questionnements :
 - Madame Patricia BOIDIN, élue santé (2016-2024)
 - Madame Sylvie PEROT, 2^{ème} Vice-Présidente (Personnel, Santé et Tourisme),
 - Monsieur Philippe BÉCHERAS, deuxième conseiller délégué (Santé)

Ainsi que,

- Madame Céline CALPENA, Directrice Générale des Services de la Communauté de Communes Porte de DrômArdèche
- Madame Stéphanie DIDIER, Responsable Service Santé et Contractualisation de la Communauté de Communes Porte de DrômArdèche

pour leur aide précieuse à la mise en place du Diagnostic Local de Santé, à ses différentes phases, et notamment pour la sollicitation de tous les professionnels du territoire qui ont accepté de participer au diagnostic.

Enfin, l'ORS remercie tous les professionnels intervenant sur le territoire qui ont participé aux entretiens collectifs menés dans le cadre de ce diagnostic, pour leur excellente mobilisation et implication dans cette démarche.

SOMMAIRE

CONTEXTE	7
OBJECTIFS DU DIAGNOSTIC	8
MÉTHODOLOGIE	9
1 État des lieux quantitatif de la santé des habitants	9
2 Exploration qualitative et partagée des enjeux locaux de santé, des dynamiques partenariales à l'œuvre et des axes possibles pour développer/renforcer une politique locale de santé	13
DONNÉES QUANTITATIVES	17
1 Données socio-démographiques	17
1.1 Population	17
1.2 Caractéristiques socio-économiques	20
2 Offre et recours aux soins	30
2.1 L'offre libérale	30
2.2 L'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes	31
2.3 Le recours aux professionnels de santé en médecine de ville	33
2.4 Les séjours hospitaliers en MCO	35
2.5 Le recours à la prévention	39
3 État de santé	42
3.1 État de santé général	42
3.2 Les cancers	45
3.3 Les maladies cardiovasculaires	48
3.4 Le diabète	51
3.5 Les maladies respiratoires	53
3.6 Santé mentale	56
3.7 Les pathologies liées à l'alcool	60
4 Santé des personnes âgées	61
4.1 Recours aux soins et à la prévention	61
4.2 État de santé	62
5 Données santé-environnement	69
5.1 La qualité de l'air	69
5.2 Le dioxyde d'azote (NO ₂)	70
5.3 Les pollens	71
5.4 Eau distribuée	72
5.5 Radon	74
5.6 Précarité énergétique	75
5.7 Bruit	76
5.8 Mobilités	77
5.9 Climat	78

6 Synthèse	81
DONNÉES QUALITATIVES.....	85
1 Le territoire : contexte local en termes de déterminants de santé	85
1.1 Un territoire majoritairement rural, mais à l'intersection de plusieurs villes-centres.....	85
1.1 L'axe rhodanien : de forts atouts mais aussi des contraintes	85
2 Offre de soins et de prévention.....	86
2.1 Des besoins en médecins généralistes, dans un contexte de déficit au plan national	86
2.2 Un territoire qui possède des leviers d'attractivité pour renforcer l'offre de soins et de prévention	89
2.3 Des pistes pour soutenir et renforcer l'offre locale de soin et de prévention	92
3 La santé mentale	94
3.1 Les déterminants de la santé mentale : points forts et points d'attention	94
3.2 Des points d'attention et des publics en fragilité, d'ores et déjà repérés par les professionnels du territoire.....	96
3.3 Les ressources de prise en charge en santé mentale.....	98
3.4 Acteurs cachés de la santé mentale : des ressources d'étayage repérées et saluées	103
3.5 Un besoin largement partagé : renforcer les liens entre professionnels autour des enjeux de santé mentale et renforcer les ressources en présence	104
4 Les personnes âgées.....	105
4.1 Les « personnes âgées » du territoire	105
4.2 Les ressources de prévention pour les personnes âgées de 75 ans et plus.....	106
4.3 Offre et recours aux soins des personnes âgées du territoire	109
4.4 L'aide aux personnes âgées à domicile	112
5 Personnes en situation de handicap	114
5.1 Enfants et adolescents : l'enjeu de la reconnaissance et de l'adaptation	114
5.2 Jeunes et adultes : l'insertion dans la vie de la cité toujours complexe	117
6 Constats des élus	122
6.1 Trois sous-territoires : des enjeux communs et transversaux	122
6.2 La vallée du Rhône	126
6.3 La Valloire.....	127
6.4 La Galaure	128
PROPOSITION DE THÉMATIQUES POUR L'ÉLABORATION DE FICHES ACTION, PAR LES PROFESSIONNELS	130
PROPOSITION DE PISTES DE RÉFLEXION.....	131
GLOSSAIRE	133

CONTEXTE

La communauté de communes Porte de DrômArdèche regroupe 34 communes sur deux départements : 8 sont situées en Ardèche et 26 en Drôme, avec une population totale 47 646 habitants (recensement de 2020). Le territoire s'étend ainsi de part et d'autre du Rhône (et de l'autoroute A7), au Nord des départements de la Drôme et de l'Ardèche, entre les grands pôles de Lyon, Vienne et Valence, ce qui lui confère une situation stratégique au sein de la région.

Constituée majoritairement de communes rurales – la population variant de 180 habitants à 6 947 habitants selon les communes – Porte de DrômArdèche compte cinq communes exerçant une fonction de « pôle de centralité » au sein du territoire : Saint Rambert d'Albon, Saint-Vallier, Anneyron, Hauterives, Châteauneuf de Galaure.

La Communauté de Communes développe depuis plusieurs années une politique de santé pour contribuer à répondre aux besoins de santé des habitants du territoire, notamment en aidant à consolider et, si possible, à renforcer l'offre de soins localement. Cette démarche a été formalisée par la mise en place d'un premier Contrat local de santé et aussi par l'ouverture d'un centre de santé intercommunal (situé à Saint Rambert d'Albon) où exercent plusieurs professionnels de santé, dont des médecins salariés. Ce centre est directement géré par la Communauté de communes.

D'une manière plus générale, la Communauté de communes travaille à renforcer l'attractivité du territoire pour inciter des professionnels de santé, et notamment des médecins généralistes, à venir exercer sur le territoire.

Un premier Portrait de territoire (diagnostic quantitatif) avait été réalisé par l'ORS en novembre 2016. Depuis, de nombreuses actions ont été mises en œuvre par la collectivité en collaboration avec l'ARS et les professionnels de santé libéraux. Ces derniers se sont d'ailleurs, en partie, regroupés au sein de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé de Porte de DrômArdèche, depuis 2023.

En 2024, la Communauté de communes a souhaité actualiser le portrait de territoire réalisé en 2016 et explorer plus finement, de manière quantitative et qualitative, certaines thématiques qui n'avaient pas pu être approfondies lors de cette première étude et notamment la santé mentale, la santé des personnes en situation de handicap et la santé des personnes âgées et ce, afin de renforcer encore les réponses apportées aux besoins de la population du territoire.

OBJECTIFS DU DIAGNOSTIC

L'objectif de la Communauté de Communes de Porte de DrômArdèche dans le cadre de ce diagnostic local de santé est double :

- Réaliser un **bilan quantitatif et qualitatif** sur l'état de santé et les besoins des populations **du territoire**, aussi bien au plan de la **santé psychique que physique**, qui prenne en compte les **déterminants de la santé**
- Faire **émerger des pistes de travail sous formes de « pré-fiches actions »**, pour préparer la réflexion et le travail d'élaboration de la politique locale de santé.

MÉTHODOLOGIE

Afin de réaliser le Diagnostic Local de Santé de la Communauté de Communes de Porte de DrômArdèche, une méthode mixte a été appliquée en deux temps : état des lieux quantitatif puis exploration qualitative des enjeux.

1 État des lieux quantitatif de la santé des habitants

La partie quantitative de ce diagnostic traite de divers thèmes de santé à travers la présentation d'indicateurs socio-démographiques, sur l'offre de soins et sur l'état de santé de la population du territoire.

Périmètre géographique

Les données quantitatives de ce diagnostic sont présentées à l'échelle de la communauté de communes Porte de DrômArdèche et de trois sous-territoires de la communauté de communes à savoir Vallée du Rhône, Valloire et Galaure. Ces données sont systématiquement comparées aux données des départements de l'Ardèche, de la Drôme et de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Données socio-démographiques

Les données socio-démographiques présentées proviennent principalement des bases de données du recensement de la population de l'Insee disponibles au moment de l'analyse (Recensement - 2020). Plusieurs indicateurs sont analysés : population, emploi, chômage, catégories socioprofessionnelles...

Ces données, disponibles à l'échelle communale, constituent des éléments de cadrage essentiels pour donner du sens à l'ensemble des informations sanitaires.

La partie quantitative de ce diagnostic traite de divers thèmes de santé à travers la présentation sur l'offre de soins et sur l'état de santé de la population du territoire.

Données de l'Assurance maladie tous régimes (SNDS DCIR)

Les données de l'Assurance maladie, issues du Système national des données de santé, permettent de disposer d'indicateurs sur l'offre de soins en libéral (au 1^{er} janvier 2024), le niveau de recours aux différents professionnels de santé libéraux (année 2022), le remboursement de traitements médicamenteux (année 2022), les bénéficiaires de la vaccination antigrippale chez les 65 ans et plus (année 2022). Ces données concernent les assurés du régime général, du régime agricole, de l'Assurance maladie des professions indépendantes (remboursées par les caisses de la région Auvergne-Rhône-Alpes).

Données des Affections de longue durée (ALD) de l'Assurance maladie (SNDS- référentiel médicalisé)

Les données de l'Assurance maladie issues du Système national des données de santé (SNDS – référentiel médicalisé), permettent de disposer d'indicateurs sur les affections de longue durée

concernant les assurés du régime général, du régime agricole, de l'Assurance maladie des professions indépendantes. Ces données sont présentées pour l'année 2022.

Données d'hospitalisation du PMSI MCO (ATIH)

Les données d'hospitalisation analysées sont issues de la base du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) des services de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) et diffusées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Tous les séjours concernant les patients domiciliés en Auvergne-Rhône-Alpes et hospitalisés entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2022 dans les établissements MCO publics et privés de France métropolitaine ont été sélectionnés.

Les données sont disponibles à l'échelle du code géographique PMSI, unité spécifique à cette base de données. Les codes géographiques PMSI sont produits par les logiciels d'anonymisation à partir des codes postaux réels. Ils correspondent aux codes postaux pour les communes d'une certaine taille, ce qui est effectivement le cas pour les communes du territoire d'étude. De ce fait, les effectifs communaux ont été estimés par sexe et par âges quinquennaux au regard de la population au recensement.

Données de la psychiatrie (RIM-P ATIH)

Les données du Résumé d'Information Médicale en Psychiatrie (RIM-P), diffusées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), traitent des actes ambulatoires et/ou séquences et des hospitalisations en établissement spécialisé en psychiatrie concernant les patients domiciliés en Auvergne-Rhône-Alpes et ayant fait l'objet d'une prise en charge en établissement de psychiatrie durant l'année 2022. Les données sont disponibles à l'échelle du code PMSI qui correspondent aux codes postaux des trois communes étudiées. De ce fait, les effectifs communaux ont été estimés par sexe et par âges quinquennaux au regard de la population au recensement.

Données de mortalité (Inserm CépiDc)

Les données de mortalité présentées proviennent des bases de données transmises par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm, qui recueille les certificats médicaux de décès. Les données de mortalité concernent la période 2017-2021. Les données de mortalité sont disponibles à l'échelle communale. Pour des raisons de secret statistique et de pertinence les effectifs de mortalité inférieurs à 10 ne sont pas analysés.

Précisions méthodologiques

L'ensemble des données présentées sont des données domiciliées. Elles ne concernent que les habitants du territoire, quel que soit le lieu de délivrance des soins ou de mortalité.

Les indicateurs présentés sont pour la majorité des indicateurs appelés « taux standardisés ». Ils sont construits lorsque les données sont sensibles à la structure par âge de la population étudiée, ce qui est le cas des données de santé. Ainsi, par exemple, pour la consommation de médicaments, le recours à l'hospitalisation ou encore la mortalité, les taux sont systématiquement standardisés sur la structure d'âge d'une population de référence (population France Métropolitaine 2012). Le taux standardisé est le taux qui serait observé dans une population donnée si celle-ci avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population de France Métropolitaine 2012). Les taux standardisés

permettent ainsi de comparer les données de Porte de DrômArdèche (et des trois sous-territoires d'étude), des départements de référence (Ardèche et Drôme) et de la région Auvergne-Rhône-Alpes en neutralisant l'effet âge.

Données de santé environnementale

Les données présentées sont issues :

- de la plateforme OSE (Observation en santé environnement) issue de l'action 1 du PRSE3 et disponibles sur le site [Balises](#) ;
- de bases de données accessibles en Open Data ou auprès de partenaires.

Les producteurs de données sont, selon les indicateurs environnementaux mobilisés : Atmo-Auvergne-Rhône-Alpes (données air extérieur), RNSA¹ (pollens) Acoucité, Cerema, Orhane (données bruit), IRSN² (radon), Insee (mobilité), ONPE³.

Ces données ont donc été comparées aux départements de la Drôme, de l'Ardèche et à celles de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Un traitement statistique a été effectué à une échelle infra-territoriale, la communauté de communes ayant été découpée en 3 entités, d'effectifs équivalents, pour avoir une vision plus fine des réalités locales, qui ont également été comparées aux territoires de référence.

Ces trois entités n'ont pas d'existence administrative, mais possèdent quelques réelles spécificités, qui permettent de mettre en exergue des problématiques spécifiques à des échelles infra-territoriales.

Ces entités sont les suivantes :

- Vallée du Rhône ;
- Valloire ;
- Galaure.

¹ Réseau national de surveillance aérobiologique

² Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire

³ Observatoire national de la précarité énergétique

Ces 3 entités, **Vallée du Rhône, Valloire et Galaure**, recouvrent les communes suivantes :

VALLÉE DU RHÔNE Communes retenues	VALLOIRE Communes retenues	GALAURE Communes retenues
Saint-Rambert-d'Albon	Anneyron	Saint-Uze
Saint-Vallier	Saint-Sorlin-en-Valloire	Hauterives
Sarras	Albon	Saint-Barthélemy-de-Vals
Beausemblant	Épinouze	Châteauneuf-de-Galaure
Andancette	Lapeyrouse-Mornay	Saint-Jean-de-Galaure
Laveyron	Lens-Lestang	Le Grand-Serre
Andance	Moras-en-Valloire	Claveyson
Éclassan	Manthes	Saint-Martin-d'Août
Champagne		Tersanne
Ponsas		Saint-Avit
Arras-sur-Rhône		Ratières
Peyraud		Fay-le-Clos
Ozon		
Saint-Étienne-de-Valoux		

2 Exploration qualitative et partagée des enjeux locaux de santé, des dynamiques partenariales à l'œuvre et des axes possibles pour développer/renforcer une politique locale de santé

Les données statistiques ne permettant pas d'explorer tous les enjeux de santé à l'échelle d'un territoire, le choix a été fait de compléter et affiner le volet statistique en procédant à une exploration qualitative des enjeux sanitaires locaux, avec les **acteurs du territoire**, qu'ils soient directement impliqués dans le soin et la prévention, ou qu'ils interviennent dans des champs pouvant être en lien avec la santé, dans ses différentes dimensions : social, lien social, éducation, insertion et emploi, cadre de vie et logement, qui constituent autant de déterminants de la santé, physique et psychique. Une attention particulière a été portée aux focus souhaités par la collectivité : santé mentale, santé des personnes en situation de handicap et santé des personnes âgées.

Les élus des communes composant les trois unités de la Communauté de Communes ont également été sollicités, leur connaissance et expérience du territoire étant indispensables à la compréhension des enjeux sanitaires locaux.

Entretiens collectifs avec des professionnels du territoire

Ainsi, et afin de profiter de l'expérience des professionnels de santé du territoire, de croiser leurs regards et de leur permettre de partager leur expertise et leurs constats sur les besoins des habitants du territoire, mais aussi afin de mieux connaître leurs missions respectives, ces professionnels ont été réunis dans le cadre d'entretiens collectifs semi-directifs.

Des entretiens collectifs d'exploration et de partage des constats ont ainsi été menés sur les thématiques suivantes :

- Santé mentale,
- Santé des personnes en situation de handicap,
- Santé des personnes âgées.

Cette exploration qualitative et partagée a été menée en deux temps de travail. Les mêmes acteurs ayant été réunis deux fois, sur deux temps successifs :

- Un premier temps de travail, avec chacun des groupes, a été dédié à explorer et partager tous les constats effectués par les professionnels du territoire sur chacune de ces 3 thématiques :

- Points forts en matière de réponse aux besoins des habitants, d'actions et d'articulation des professionnels pour répondre à ces besoins ;
- Besoins non encore couverts et points d'alerte repérés, en matière d'état de santé, d'accès aux soins et à la prévention, de conditions et de cadre de vie pouvant impacter la santé physique et psychique des habitants.

L'objectif était ici de partager les observations des uns et des autres, de les compléter et de faire émerger ce qui, aujourd'hui, constitue des préoccupations ou points d'attention pour les professionnels.

- Un second temps de travail a été mené avec chacun de ces 3 groupes, afin de tirer parti des constats partagés lors du premier temps de travail en élaborant, en groupe, une réflexion sur différentes pistes de réflexion ou d'action, sous un format de type « fiches actions ». Il s'agissait ici de rester dans le cadre des possibilités et contraintes réelles, notamment financières et de moyens humains, tout en proposant des pistes opérationnelles. Ce deuxième temps de travail a ainsi permis de :
 - Prioriser les constats et thèmes, partagés lors du premier temps de travail, qu'il conviendrait de traiter dans le cadre d'une planification locale en santé ,
 - Élaborer, de manière participative et partagée, des propositions d'axes de travail avec des objectifs spécifiques et des activités à mettre en œuvre, qui pourraient ultérieurement, si cela est souhaité par les élus, nourrir un futur Contrat Local de Santé.

→ *La production de chacun de ces 3 groupes constitue un document de travail qui sera mobilisé, selon les besoins, lors de l'élaboration du Contrat Local de Santé, mais n'apparaît pas dans le présent document et ne sera pas publié.*

Les entretiens ont été d'une durée de 2h30 à 3 heures et ont été menés en présentiel, dans un espace mis à disposition par la Communauté de communes.

Cette démarche de diagnostic a été complétée par 3 entretiens collectifs, avec les élus des 3 sous-territoires, indispensable pour affiner à la fois la compréhension des besoins de la population, et de certains publics en particulier, dans des contextes infra-territoriaux.

Ces 3 groupes d'élus ont été réunis une seule fois, sur un temps d'échange de 2h30.

Les structures ayant participé aux entretiens collectifs sont les suivantes :

Groupe « personnes âgées »

- Hôpitaux Drôme Nord ;
- CPTS Porte DrômArdèche ;
- Drôme Coordination Santé-DAC26 ;
- France Alzheimer ;
- Médecin généraliste Claveyson
- Comité Départemental EPGV Drôme-Ardèche Éducation Physique et Gymnastique Volontaire (EPGV) ;
- Résidence personnes âgées Vallis Auréa (Saint-Sorlin-en-Valloire) ;
- Centre de soins infirmier à domicile – Soins et services Rambertois ;
- EHPAD La Voie Romaine ;
- SSIAD de Saint-Vallier ;
- MARPA d'Anneyron – La Maison d'Arlande ;
- Infirmières libérales

Groupe « santé mentale »

- Centre hospitalier Drôme-Vivaraïs
- CMP adultes Diane de Poitiers
- CMP enfants Dolto
- CMS conseil départemental Drôme,
- CMS Saint Donat,
- CMS Hauterives,
- CPTS Porte DrômArdèche ;
- Drôme Coordination Santé-DAC26 ;
- ADAPEI 26 ;
- CAMSP de Romans sur Isère ;
- Communauté 360 Drôme ;
- Centre de soins infirmier à domicile – Soins et services Rambertois
- Plateforme de coordination et d'orientation – Troubles du neurodéveloppement Drôme-Ardèche ;
- Association Arche de la Vallée ;
- Protection Judiciaire de la Jeunesse Drôme-Ardèche
- Médecin généraliste libéral Châteauneuf de Galaure

Groupe « personnes en situation de handicap »

- ADAPEI 26
- CMS Saint-Vallier,
- Drôme Coordination Santé-DAC26 ;
- Centre de soins infirmier à domicile – Soins et services Rambertois ;
- CPTS Porte DrômArdèche ;
- Plateforme de coordination et d'orientation – Troubles du neurodéveloppement Drôme-Ardèche ;
- Kinésithérapeute libéral Anneyron,

Par ailleurs, une rencontre a pu avoir lieu, sur un temps spécifique, avec les professionnels de santé composant la CPTS de Porte de DrômArdèche:

Les élus ayant participé aux entretiens collectifs au printemps 2024 représentent les communes suivantes :

Vallée du Rhône :

- | | |
|------------------|----------------------------|
| • Sarras, | • Lapeyrouse-Mornay, |
| • Anneyron, | • Andance, |
| • Peyraud, | • Saint-Étienne-de-Valoux, |
| • Saint-Avit, | • Champagne |
| • Saint-Vallier, | • Ponsas |

Valloire :

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| • Albon, | • Anneyron, |
| • Lapeyrouse-Mornay, | • Saint-Rambert-d'Albon |
| • Laveyron, | |

Galaure :

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| • Le Grand-Serre, | • Fay-le-Clos, |
| • Saint-Martin-d'Août, | • Tersanne, |
| • Saint-Sorlin-en-Valloire, | • Châteauneuf-de-Galaure, |
| • Saint-Barthélémy-de-Vals, | • Lens-Lestang, |
| • Saint-Jean-de-Galaure, | • Anneyron |
| • Claveyson, | |

Au total, plus de 90 professionnels et élus ont participé aux entretiens collectifs et fait part de leur expérience et connaissances du territoire, de ses ressources et des besoins des habitants.

DONNÉES QUANTITATIVES

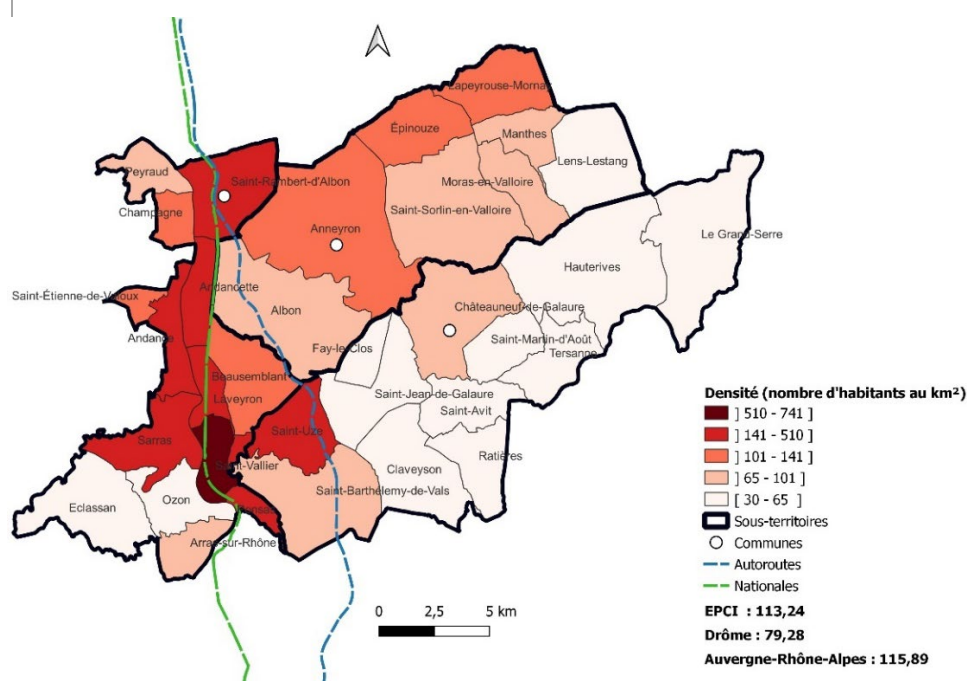
1 Données socio-démographiques

Les données socio-démographiques constituent des éléments de cadrage essentiels pour donner du sens à l'ensemble des informations sanitaires. En effet, les caractéristiques sociales et démographiques d'une population constituent des déterminants majeurs de la santé. L'état de santé de la population est fortement lié à son niveau socio-économique (gradient social de la santé⁴). La défavorisation sociale est ainsi un déterminant majeur du mauvais état de santé d'une population. Ce constat, largement documenté (notamment par l'OMS⁵), est vérifié dans tout type de territoire.

1.1 Population

La Communauté de communes Porte de DrômArdèche, constituée de 34 communes, compte, en 2020, selon le recensement de la population, 47 646 habitants. Parmi, les trois sous-territoires d'étude, Vallée du Rhône est la partie du territoire la plus densément peuplée (21 164 habitants). Les sous-territoires Valloire et Galaure ont respectivement une population de 12 891 et 12 000 habitants.

Densité de population par commune, 2020



Source : Insee (Recensement de la population 2020), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Le territoire compte un quartier prioritaire de la politique de la ville, Clairval, à Saint-Rambert-d'Albon, dont la population s'élève à 994 habitants, selon le recensement de la population de 2018.

⁴ Les inégalités sociales de santé sont présentes à tous les âges de la vie, dès la grossesse : les principaux indicateurs de santé présentent ainsi des gradients sociaux.

⁵ https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/

Le dynamisme démographique de la Communauté de communes Porte de DrômArdèche (+0,6 % d'habitants en moyenne chaque année sur la période 2014-2020), est soutenu par un solde migratoire positif (nombre d'habitants s'installant dans le territoire supérieur au nombre d'habitants quittant le territoire). La croissance de la population est particulièrement soutenue en vallée du Rhône, avec un taux d'évolution annuel de +0,7 % (contre +0,5 % en Valloire et +0,3 % en Galaure).

Bien que vieillissante, la population du territoire est légèrement plus jeune que la population régionale. La part des habitants de moins de 20 ans s'élève à 26,5 % (contre 24,3 % en Auvergne-Rhône-Alpes) et les plus de 65 ans représentent 20,6 % des habitants (contre 20,0 % en région).

Caractéristiques de la population, 2020

	CC Porte DrômArdèche	Ardèche	Drôme	Auvergne Rhône-Alpes
Population 2020	47 646	329 325	517 709	8 078 652
Variation de la population* (%)	0,6	0,4	0,6	0,5
<i>dont solde naturel</i>	0,1	-0,2	0,2	0,3
<i>dont solde migratoire</i>	0,4	0,6	0,4	0,2
Part des <20 ans (%)	26,5	22,0	24,2	24,3
Part des 65 ans + (%)	20,6	25,2	22,1	20,0
Taux de natalité** (‰)	10,9	9,3	11,1	11,6

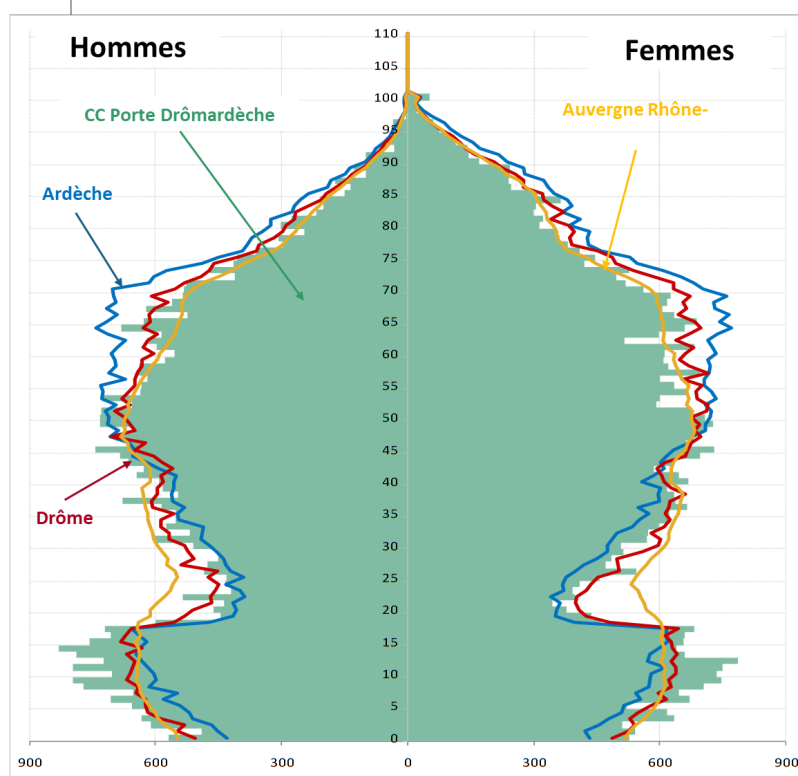
* taux annuel moyen entre 2014 et 2020

** taux de natalité

Source : Insee (Recensement de la population, État civil 2020), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

La pyramide des âges du territoire, montre, comme dans les départements de l'Ardèche et de la Drôme, un fort resserrement chez les 20-25 ans qui quittent le territoire, notamment pour poursuivre des études supérieures.

Pyramides des âges du territoire d'étude, 2020



Source : Insee (Recensement de la population 2020), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

L'analyse des données de population par sous-territoire met en lumière des disparités. La part des personnes âgées de 65 ans et plus est ainsi plus importante dans le sous-territoire Galaure où ils représentent 22,2 % de la population (contre 19,8 % en Vallée du Rhône et 20,3 % en Valloire).

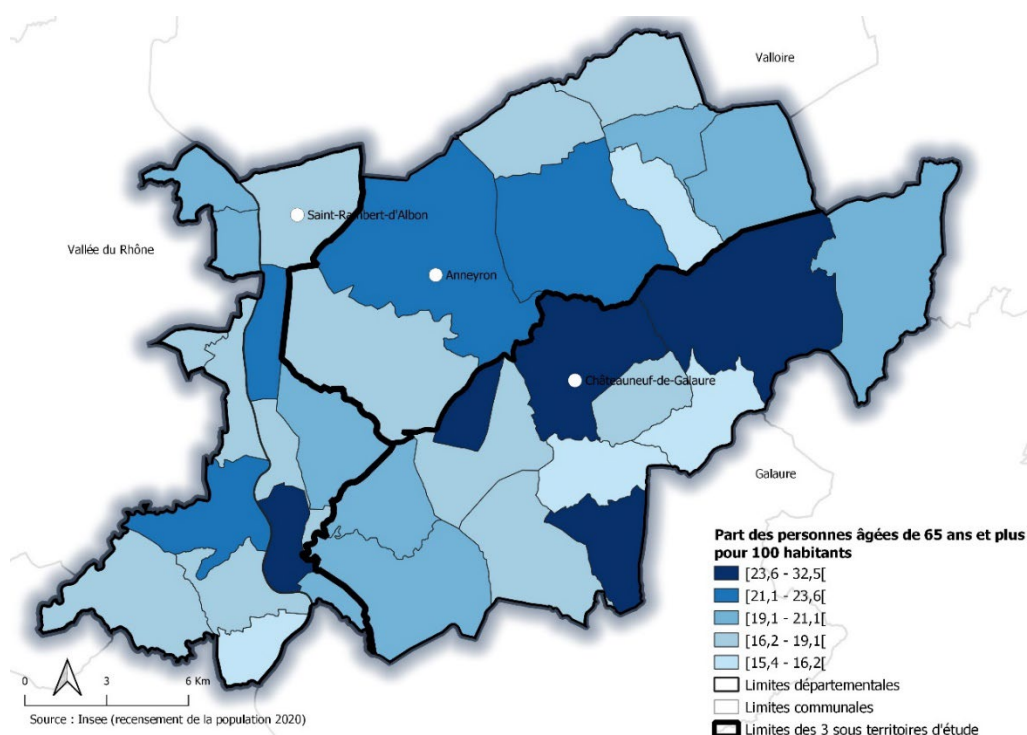
Effectif et part de la population âgée de 65 ans et plus, 2020

	Vallée du Rhône		Valloire		Galaure		CC Porte de DrômArdèche		Ardèche	Drôme	Auvergne Rhône-Alpes
	Effectif	Part (%)	Effectif	Part (%)	Effectif	Part (%)	Effectif	Part (%)	Part (%)	Part (%)	Part (%)
Population 65 ans+	4 380	19,8	2 704	20,3	2 720	22,2	9 804	20,6	25,2	22,1	20
Population 75 ans+	2 066	9,3	1 228	9,2	1 306	10,7	4 599	9,7	11,8	10,3	9,5

Source : Insee (Recensement de la population 2020), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Certaines communes se distinguent par une proportion de personnes âgées particulièrement élevée : Saint-Vallier (23,6 %) dans la Vallée du Rhône et, en Galaure, Fay-le-Clos (32,5 %) Châteauneuf-de-Galaure (28,7 %), Hauterives (28,7 %) et Ratières (29,3 %).

Part de la population âgée de 65 ans et plus par commune, 2020



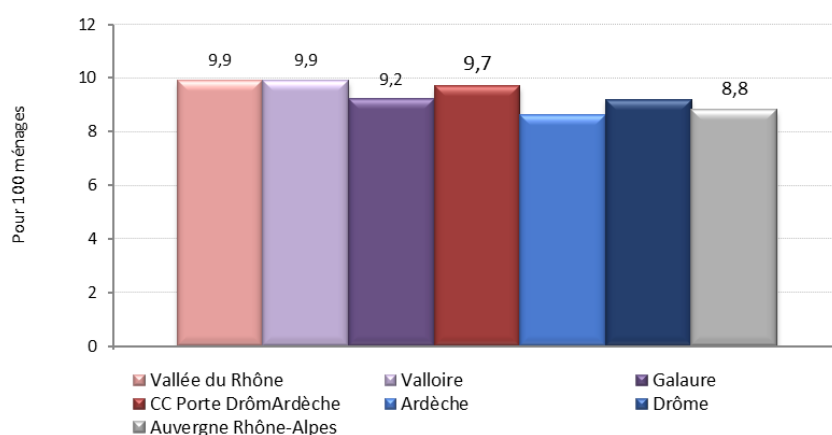
Source : Insee (Recensement de la population 2020), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

1.2 Caractéristiques socio-économiques

1.2.1 Ménages et structure familiale

La part des familles monoparentales s'élève dans le territoire d'étude à 9,7 % des ménages, soit 1,1 point de plus qu'en Auvergne-Rhône-Alpes.

Part (%) des familles monoparentales, 2020

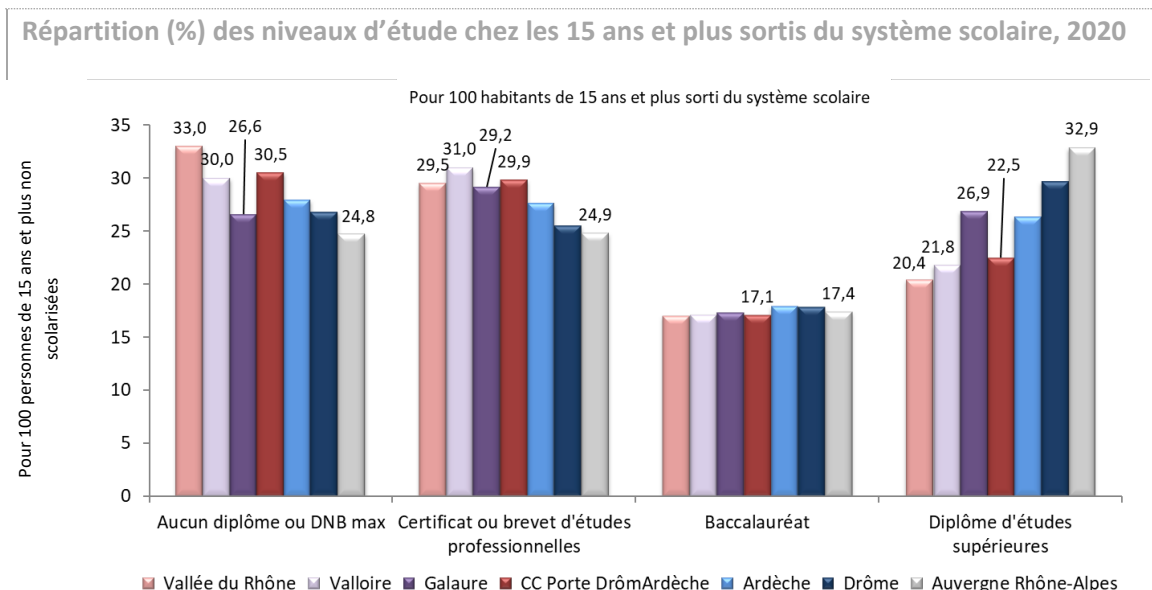


Source : Insee (Recensement de la population 2020), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

1.2.2 Scolarité et niveau d'études

Le niveau d'étude des habitants de la Communauté de communes est globalement plus faible qu'en Auvergne-Rhône-Alpes. La part des 15 ans et plus sortis du système scolaire sans diplôme (ou avec un niveau brevet au maximum) est relativement élevée, 31 % (6 points de plus qu'en région), tandis que la part des diplômés d'études supérieures est de 22 % (5 points de moins qu'en région).

Parmi les trois sous-territoires, Vallée du Rhône présente le niveau de formation le plus faible (avec 33 % des 15 ans et plus sortis du système scolaire sans diplôme ou avec un niveau brevet et 20 % de diplômés du supérieur).

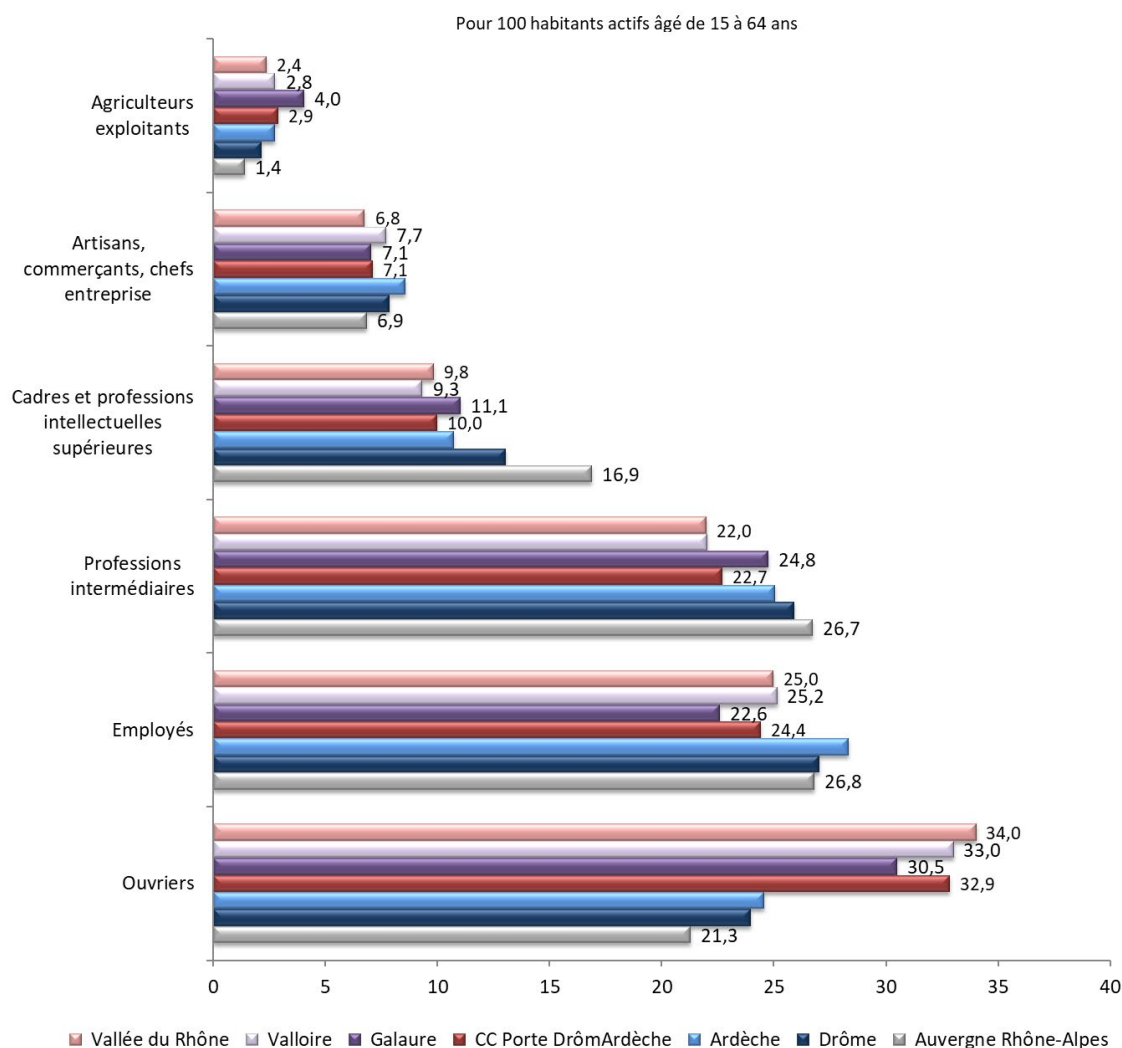


Source : Insee (Recensement de la population 2020), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

1.2.3 Professions et catégories socioprofessionnelles

En termes de catégories socioprofessionnelles, Porte de DrômArdèche se caractérise par une surreprésentation des ouvriers (33 % des actifs contre 21 % dans la région) et une présence moins importante de cadres (10 % de cadres et professions intellectuelles supérieures, 7 points de moins par rapport à la région).

Répartition (%) de la population active de 15 à 64 ans par catégorie socioprofessionnelle, 2020

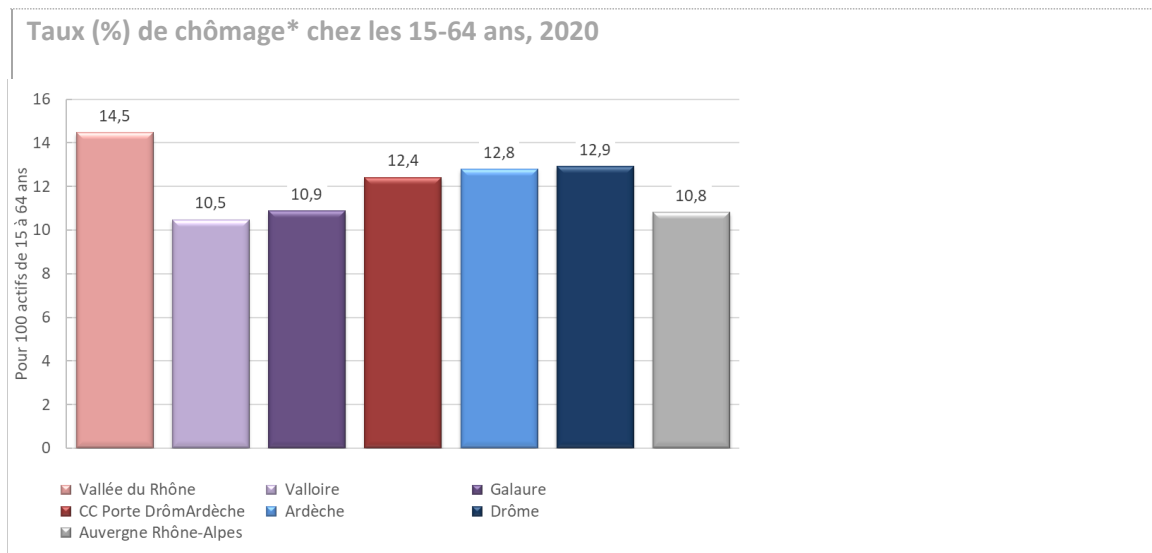


Source : Insee (Recensement de la population 2020), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

1.2.4 Chômage

En 2020, le territoire d'étude enregistre un taux de chômage de 12,4 % chez les actifs de 15 à 64 ans, supérieur au taux régional (10,8 %) mais qui reste proche des taux enregistrés en Ardèche et en Drôme.

Le sous-territoire Vallée du Rhône présente un taux de chômage relativement élevé (14,5 %) tandis que les deux autres sous-territoires présentent des taux de chômage assez comparables à la moyenne régionale.



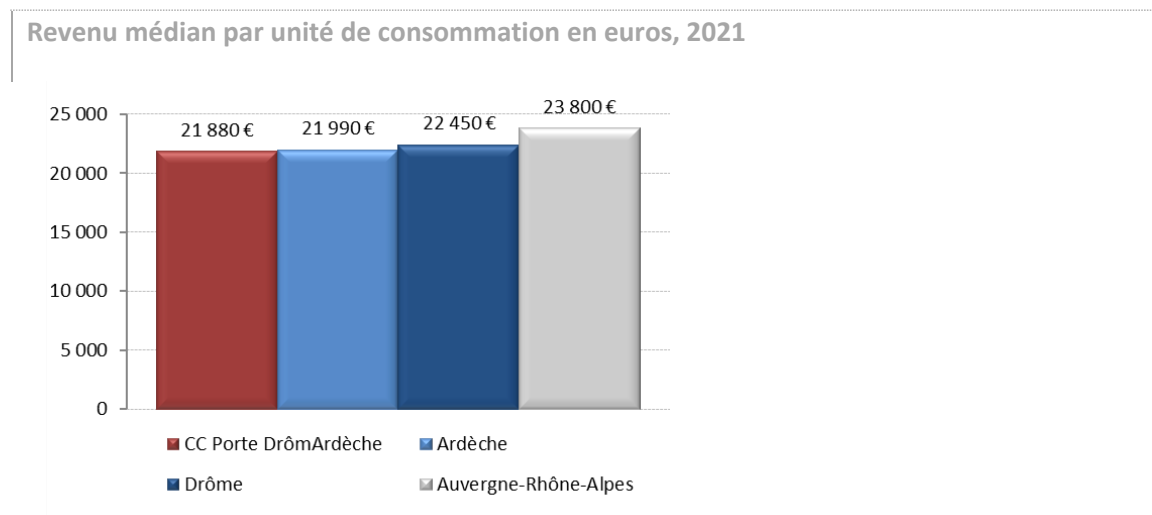
*au sens du recensement

Source : Insee (Recensement de la population 2020), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

1.2.5 Revenus

Le revenu médian est le revenu au-dessous duquel se situe 50 % des ménages du territoire.

En 2021, le revenu médian par unité de consommation s'élève à 21 880 euros, un montant proche du revenu médian ardéchois et drômois mais toutefois inférieur au revenu médian régional (23 880 euros).



Source : Insee (FiLoSoFi 2021), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

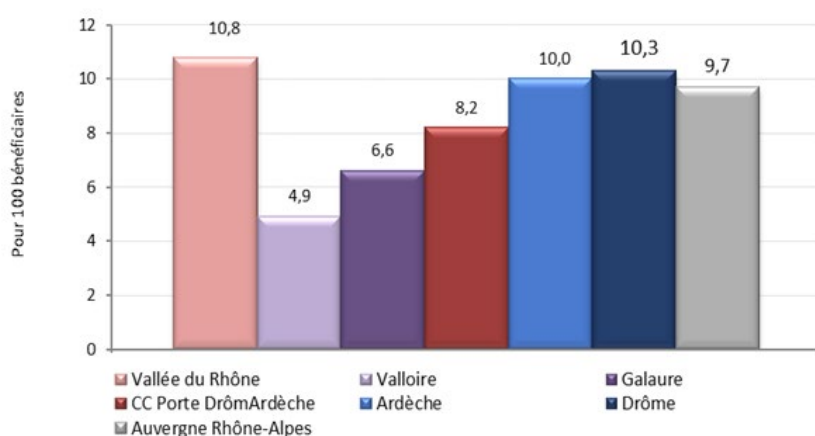
1.2.6 Indicateurs de précarité

Afin d'approcher le niveau de précarité du territoire, plusieurs indicateurs sont analysés : la part des bénéficiaires de la C2S, la part des bénéficiaires du Revenu de solidarité active (RSA), le minimum vieillesse et l'indice de défavorisation sociale sont présentés.

La Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUc) est une couverture maladie complémentaire gratuite destinée à faciliter l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources⁶. L'aide à la complémentaire santé (ACS) est une aide financière attribuée également sous conditions de ressources (selon un barème plus élevé que celui utilisé pour la CMUc) pour payer une complémentaire santé. Au 1^{er} janvier 2019, la CMUc et l'ACS ont été remplacées par un dispositif unique dénommé Complémentaire santé solidaire (C2S).

En 2022, la part des bénéficiaires de la C2S est globalement plus faible dans la Communauté de communes qu'en Auvergne-Rhône-Alpes (respectivement 8,2 % et 9,7 %). Toutefois, à l'échelle des sous-territoires, des différences sont observées. Un taux de bénéficiaires de la C2S légèrement plus élevé qu'en région est enregistré en Vallée du Rhône (10,8 %) tandis qu'il est relativement faible en Valloire (4,9 %) et en Galaure (6,6 %).

Taux standardisés (%) des bénéficiaires de la C2S, 2022



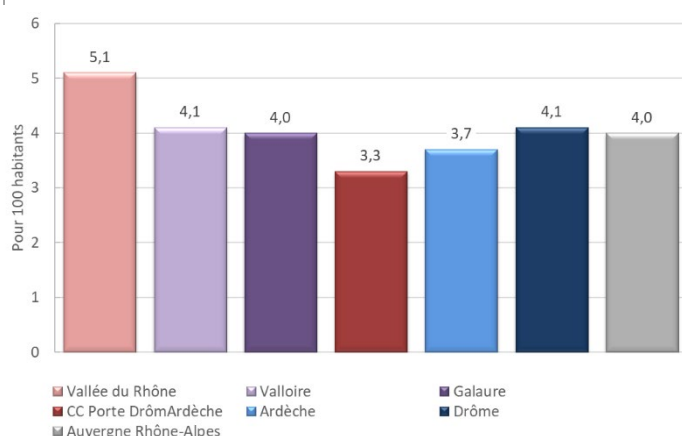
Sources : Cnam (SNDS DCIR - 2022), Cnam (SNIIRAM DCIR/PMSI MCO – 2020-2022), Insee (Recensement - 2012), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Le revenu de solidarité active (RSA) est un minima social : il assure aux personnes sans ressources un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. Le RSA est ouvert, sous certaines conditions, aux personnes d'au moins 25 ans et aux jeunes actifs de 18 à 24 ans s'ils sont parents isolés ou justifient d'une certaine durée d'activité professionnelle.

En 2022, 3,3 % de la population de Porte de DrômArdèche vit dans un foyer allocataire du RSA, un taux légèrement plus faible que dans les territoires de comparaison. Cet indicateur est toutefois à nouveau plus élevé dans le sous-territoire Vallée du Rhône, qui présente globalement des indicateurs de précarité plus marqués.

⁶ Le plafond de ressource annuel à ne pas dépasser pour bénéficier de la CMUc s'élève depuis le 1^{er} avril 2017 à 8 723 euros pour une personne. Ce plafond varie en fonction de la composition du foyer.

Taux brut (%) de population couverte* par le RSA, 2022



*Allocataires et ayant-droits

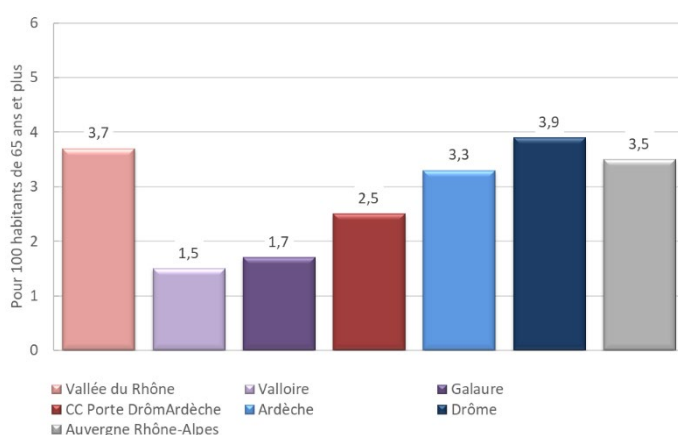
Sources : Cnaf, CCMSA (31/12/2022), Insee (Recensement - 2020), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA, anciennement « minimum vieillesse ») est versée aux personnes retraitées disposant de faibles ressources.

En 2022, 231 habitants de la Communauté de communes sont bénéficiaires de l'ASPA, dont 146 résident dans le sous-territoire Vallée du Rhône, 39 en Valloire et 46 en Galaure.

Le taux de bénéficiaires de l'ASPA dans le territoire s'élève à 2,5 pour 100 habitants de 65 ans et plus, un taux plus faible que celui observé en Ardèche, en Drôme et en Auvergne-Rhône-Alpes. Toutefois des différences sont observées à l'échelle des sous-territoires de Porte de DrômArdèche : si le taux de bénéficiaires de l'ASPA est relativement faible en Valloire et Galaure (respectivement 1,5 % et 1,7 %), ce taux est plus élevé en Vallée du Rhône (3,7 %) où il atteint un niveau proche à celui observé dans les deux départements de référence et la région.

Taux brut (%) de bénéficiaires du minimum vieillesse/ASPA (Régime général), 2022



Sources : CARSAT Auvergne et CARSAT Rhône-Alpes (31/12/2022), Insee (Recensement - 2020)

L'indice de défavorisation sociale

L'indice de défavorisation sociale appelé « FDep » est un indicateur composite qui rend compte de la précarité (défaveur sociale) à l'échelle communale. Il a été développé dans le contexte français par l'Inserm⁷ (REY et al, 2009).

L'indice est construit à partir des données du recensement de la population et des revenus fiscaux des ménages. Quatre variables sont utilisées : 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. La valeur de l'indice est obtenue à l'aide d'une analyse en composantes principales (ACP) conduite sur les quatre variables.

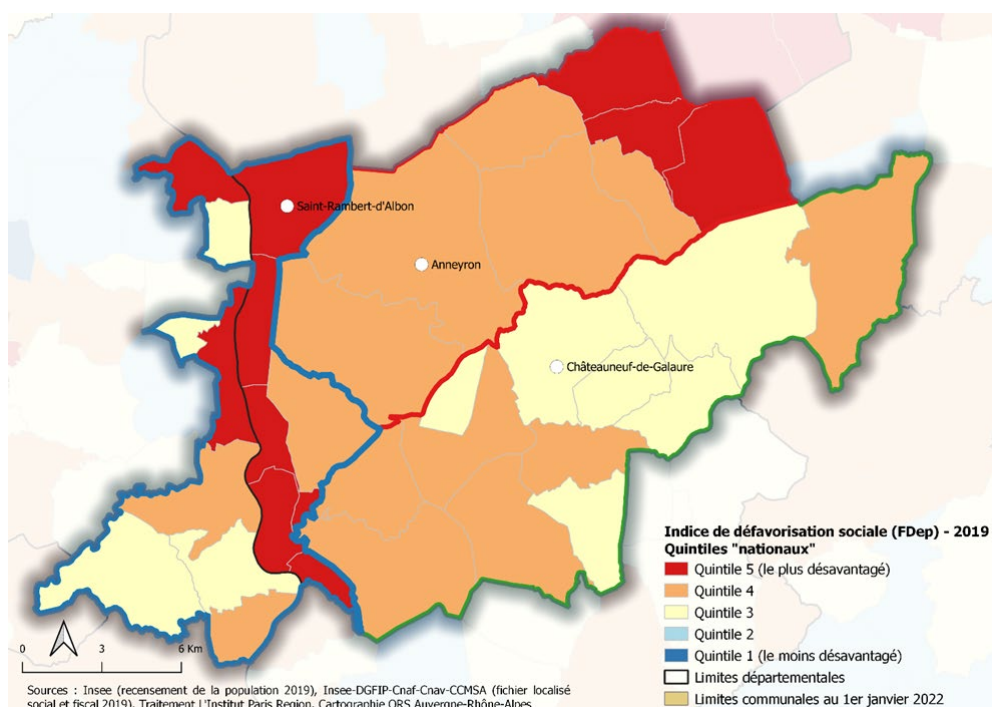
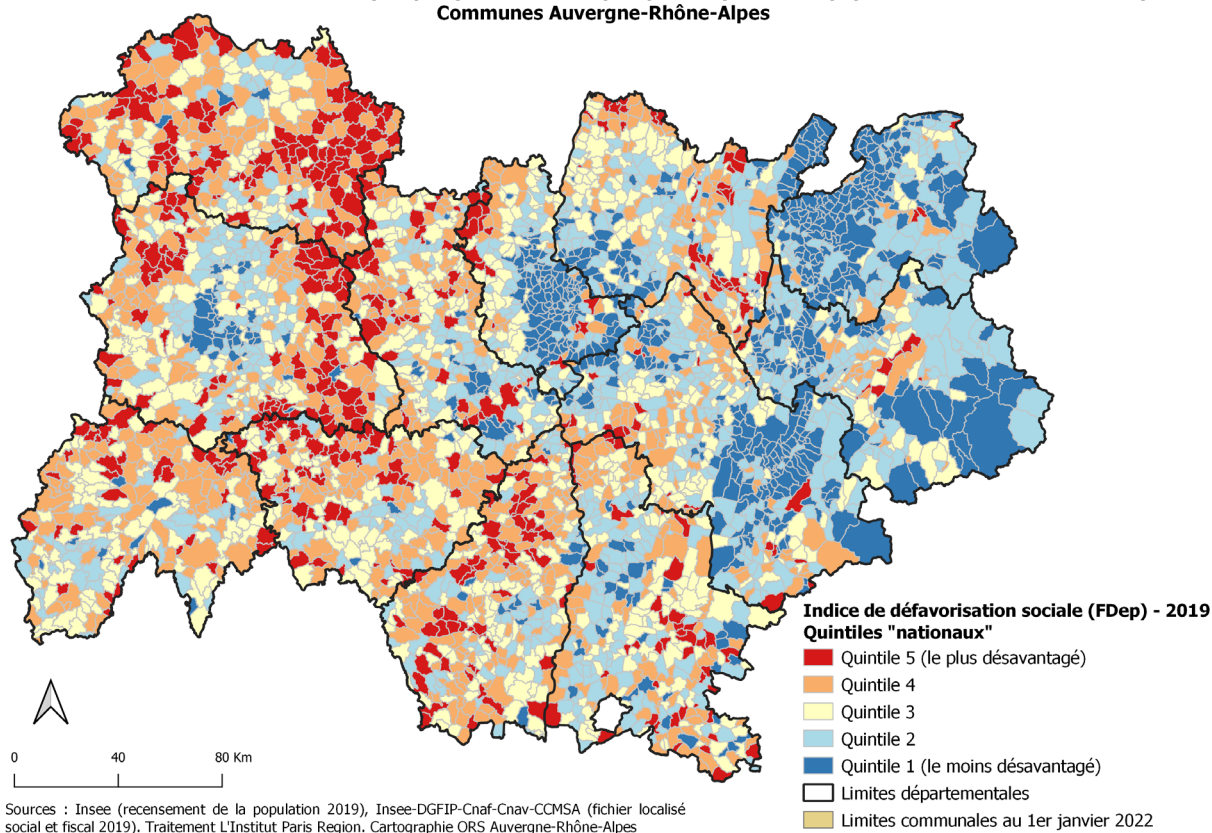
Au regard de l'indice de défavorisation sociale, le territoire de la Communauté de commune est globalement peu favorisé. Porte de DrômArdèche est en effet constitué d'une majorité de communes défavorisées (communes en orange et rouge sur la carte) et ne comprend aucune commune favorisée ou très favorisées (communes en bleu clair et bleu foncé sur la carte).

Certaines communes sont particulièrement défavorisées (en rouge sur la carte) : les communes situées le long de la Vallée du Rhône (Peyraud, Saint-Rambert-d'Albon qui a un quartier politique de la ville Clairval, Andancette, Andance et Saint-Vallier) et des communes au nord du territoire Valloire (Lapeyrouse Mornay, Manthes, Lens-Lestang).

⁷ Institut national de la santé et de la recherche médicale

Indice de défavorisation sociale, 2019

Indice de défavorisation sociale (FDep 19) - Distribution par quintile (Référence population communes de France)
Communes Auvergne-Rhône-Alpes

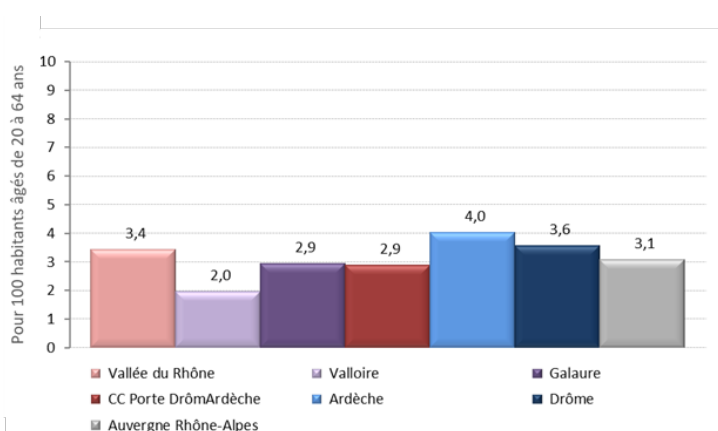


1.2.7 Handicap

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est une allocation de solidarité destinée à assurer aux personnes handicapées un minimum de ressources. Pour en bénéficier, les personnes handicapées doivent remplir plusieurs conditions, notamment être atteintes d'un certain taux d'incapacité permanente (gravité du handicap), disposer de ressources inférieures à certains montants et être âgées de 20 ans minimum (ou 16 ans si la personne n'est plus considérée à la charge de ses parents).

En 2022, 733 allocataires de l'allocation adulte handicapé sont dénombrés dans le territoire d'étude, soit 2,9 % des habitants âgés de 20 à 64 ans (contre 3,1 % en Auvergne-Rhône-Alpes). Le taux de bénéficiaires de l'AAH dans le sous-territoire Vallée du Rhône (3,4 %) est supérieur au taux régional, sans atteindre le niveau enregistré en Ardèche et en Drôme (respectivement 4,0 % et 3,6 %).

Taux brut d'allocataires de l'AAH parmi les 20-64 ans, 2022



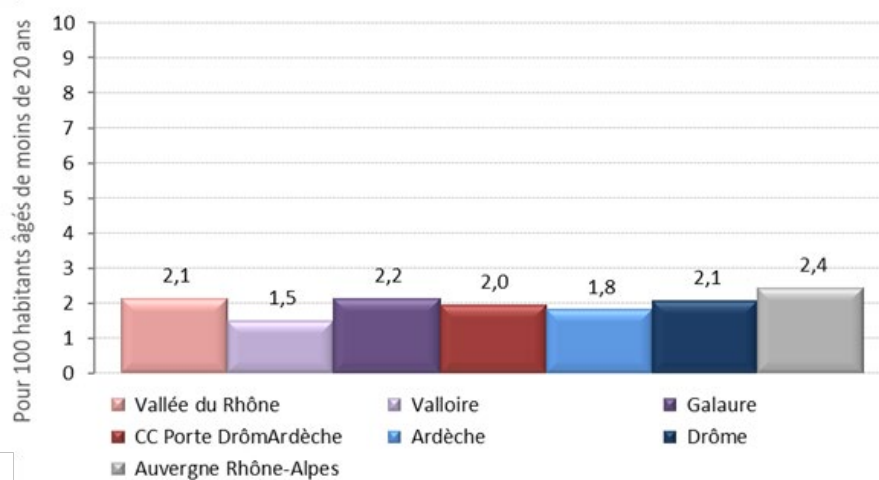
Sources : Cnaf, CCMSA (31/12/2022), Insee (Recensement - 2020), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

L'allocation d'éducation enfant handicapé (AEEH) est une prestation familiale destinée aux parents qui assument la charge d'un enfant handicapé, sans condition de ressources. Pour en bénéficier les enfants doivent avoir un taux d'incapacité, apprécié par la CDAPH⁸, d'au moins 50 %.

En 2022, 246 bénéficiaires de l'AEEH sont enregistrés dans l'ensemble du territoire, soit 2,0 % des enfants de moins de 20 ans résidant dans la Communauté de communes. Le taux de bénéficiaire de l'AEEH enregistré en Porte de DrômArdèche est ainsi légèrement inférieur au taux régional (2,4 %).

⁸ Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées

Taux brut de bénéficiaires de l'AEEH, 2022



Sources : Cnaf, CCMSA (31/12/2022), Insee (Recensement - 2020), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

2 Offre et recours aux soins

2.1 L'offre libérale

Précisions et précautions sur les données présentées

Les professionnels de santé libéraux recensés correspondent aux praticiens considérés en activité par l'Assurance maladie au 1^{er} janvier 2024.

Ces données sont issues du SNDS (fichier national des professionnels de santé). Les données consultables sur le site internet Rezone ou CartoSanté sont également issues du SNDS.

Les données présentées ont été actualisées au 01/01/2024 mais la démographie médicale évolue très rapidement.

Ces données ne comptabilisent que les professionnels de santé libéraux (dans leur cabinet principal) : les professionnels de santé salariés exerçant en centre de santé, en établissement hospitalier ne sont pas comptabilisés.

Les données de densité ne prennent pas en compte le niveau d'activité du praticien (dont une partie exerce « à temps partiel »). L'âge, le profil socio-économique de la population qui impacte le besoin de soins de la population (en lien par exemple avec la prévalence élevée des maladies chroniques dans la population âgée ou socialement défavorisée qui ont donc des besoins de soins plus importants) ne sont pas pris en compte dans les indicateurs présentés.

Même imparfaites, ces données permettent des comparaisons à de grandes échelles, car les mêmes limites sont observées dans tous les territoires en France. À des échelles locales, elles reflètent partiellement la situation.

D'autres sources de données existent, mais qui présentent également des limites (mise à jour annuelle, professionnels non actifs comptabilisés...) : le RPPS (répertoire national des professionnels de santé), le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM).

Au 1^{er} janvier 2024, la Communauté de communes Porte de DrômArdèche présente une densité de 54,6 médecins généralistes pour 100 000 habitants très inférieure à celles enregistrées au niveau régional (90,4 pour 100 000) et dans les départements de l'Ardèche et de la Drôme (respectivement 77,1 et 85,0 médecins généralistes pour 100 000 habitants).

La présence de médecins généralistes libéraux dans le territoire est d'autant plus fragile que la moitié de ces praticiens sont âgés de 55 ans et plus et sont donc susceptibles de partir à la retraite dans les prochaines années.

Cette offre libérale est complétée par le centre de santé de Saint-Rambert-d'Albon qui salarie 4 médecins généralistes.

Le territoire présente une densité en chirurgiens-dentistes relativement faible comparée à la région : 50,4 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants dans le territoire contre 59,1 pour 100 000 en Auvergne-Rhône-Alpes.

Les densités pour les autres professionnels de santé libéraux présents dans le territoire (sages-femmes, infirmiers, orthophonistes) sont également toutes très en deçà du niveau régional. La densité de

masseurs-kinésithérapeutes est particulièrement faible (63 masseurs kinésithérapeutes pour 100 000 habitants en Porte de DrômArdèche contre 132,4 en Auvergne-Rhône-Alpes).

Effectifs et densités (pour 100 000 habitants) des professionnels de santé libéraux, 1^{er} janvier 2024

	CC Porte de DrômArdèche				Ardèche	Drôme	Auvergne Rhône Alpes
	Effectif	Densité	% 55 ans +	% Secteur 2	Densité	Densité	Densité
Médecins généralistes	26	54,6	50	3,8	77,1	85,0	90,4
Chirurgiens-dentistes	24	50,4	20,8	0	45,5	56,0	59,1
Sages-femmes*	5	52,2	0	0	79,4	81,9	67,6
Infirmiers	71	149,0	26,8	0	205,9	211,3	158,7
Masseurs kinésithérapeutes	30	63,0	20	0	108,4	126,9	132,4
Orthophonistes	13	27,3	7,7	0	30,1	38,8	37,9

	Vallée du Rhône		Valloire		Galaure	
	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité
Médecins généralistes	10	45,2	5	37,6	11	90,0
Chirurgiens-dentistes	14	63,3	6	45,1	4	32,7
Sages-femmes*	2	43,8	0	-	3	125,9
Infirmiers	26	117,5	19	142,9	26	212,6
Masseurs kinésithérapeutes	16	72,3	6	45,1	8	65,4
Orthophonistes	7	31,6	2	15,0	4	32,7

* Densité pour les femmes âgées de 15 à 49 ans

Sources : Cnam (SNDS – 01/01/2024), Insee (Recensement - 2020), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

2.2 L'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes

L'accessibilité potentielle localisée (APL)⁹ a été développée par la Drees¹⁰ et l'Irdes¹¹ afin de mettre en évidence les disparités de l'offre de soins des médecins généralistes à l'échelle communale et l'accès potentiel des habitants à ces professionnels de santé. Cet indicateur tient compte de la proximité et de la disponibilité de l'offre médicale (quel que soit le mode d'exercice du praticien, à savoir libéral, salarié ou mixte), mais aussi de l'âge de la population (afin d'appréhender les besoins de soins) et de l'activité des médecins (nombre de consultations et de visites). L'APL est calculée au niveau de chaque commune mais prend en compte l'offre et la demande des communes environnantes. L'indicateur tient compte de la distance (du temps d'accès) qui sépare le patient d'un médecin : plus ce temps augmente, plus l'APL diminue.

⁹ L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été développé par la Drees et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) en 2012 (Barlet et al. 2012) à des fins d'étude, puis adapté dans le cadre des négociations conventionnelles récentes entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les syndicats représentatifs des professionnels libéraux pour une application opérationnelle.

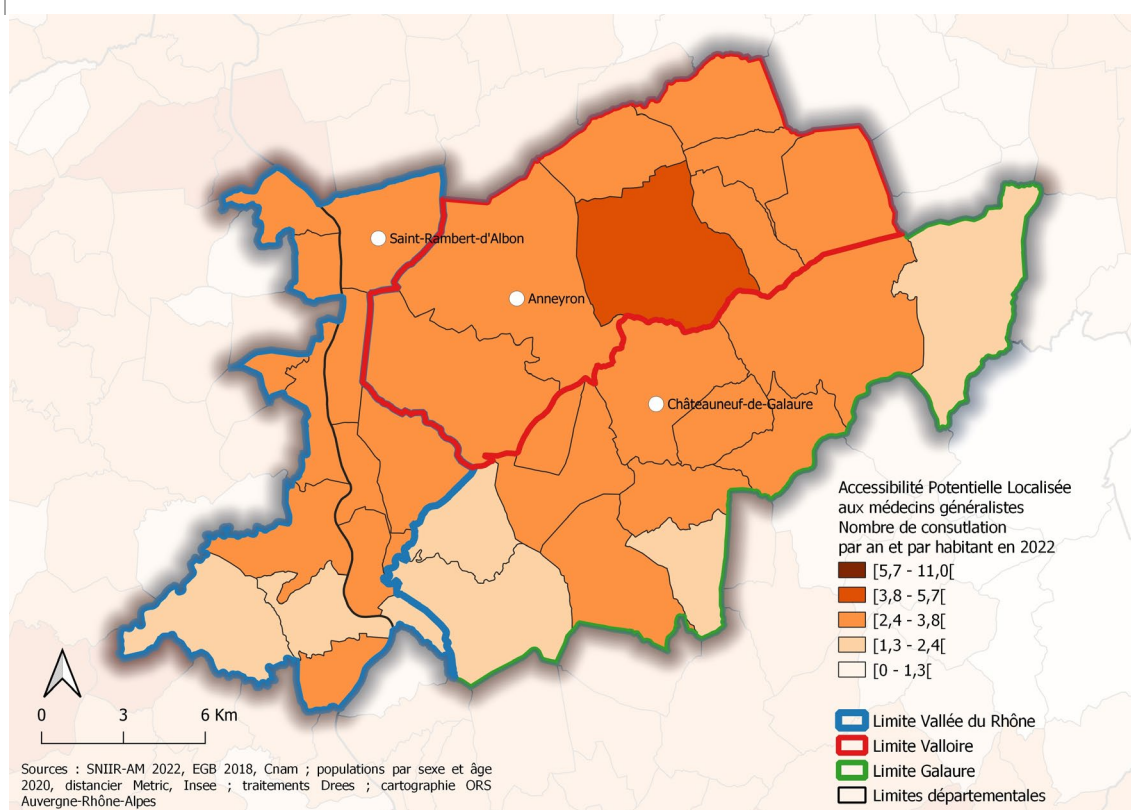
¹⁰ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

¹¹ Institut de recherche et documentation en économie de la santé

L'accès aux médecins se mesure en nombre de consultations/visites accessibles à moins de 20 minutes de trajet en voiture par an et par habitant. Sont considérées comme sous-dense en médecins généralistes les communes dont les habitants ont accès à moins de 2,5 visites de médecin généraliste par an (à moins de 20 minutes de leur domicile).

En Porte de DrômArdèche, sept communes sont considérées comme sous-denses en médecins généralistes : deux communes en Vallée du Rhône, Éclassan et Ozon et cinq communes en Galaure, le Grand-Serre, Ratières, Saint-Barthélemy-de-Vals, Saint-Uze et Ponsas, même si cette situation peut évoluer à court terme pour certaines d'entre elles (du fait d'un nouveau départ en retraite ou d'une arrivée de médecin).

Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes en Porte de DrômArdèche, 2022



Par ailleurs, la totalité des communes de Porte de DrômArdèche sont classées par l'Agence régionale de santé, selon le zonage relatif aux médecins généralistes datant de 2022 qui définit les zones prioritaires pour lesquels des mesures incitatives, notamment financières, à l'installation et au maintien des médecins généralistes sont possibles, soit comme zone d'intervention prioritaire – ZIP- (communes rattachées au territoire de vie-santé de Beaurepaire, Saint-Vallier ou Saint Donat sur l'Herbasse) soit comme zone d'action complémentaire – ZAC- (communes rattachées au territoire de vie-santé de Saint-Rambert-d'Albon) moins impactées par le manque de médecin mais où des moyens doivent être mis en œuvre pour éviter que la situation ne se détériore.

2.3 Le recours aux professionnels de santé en médecine de ville

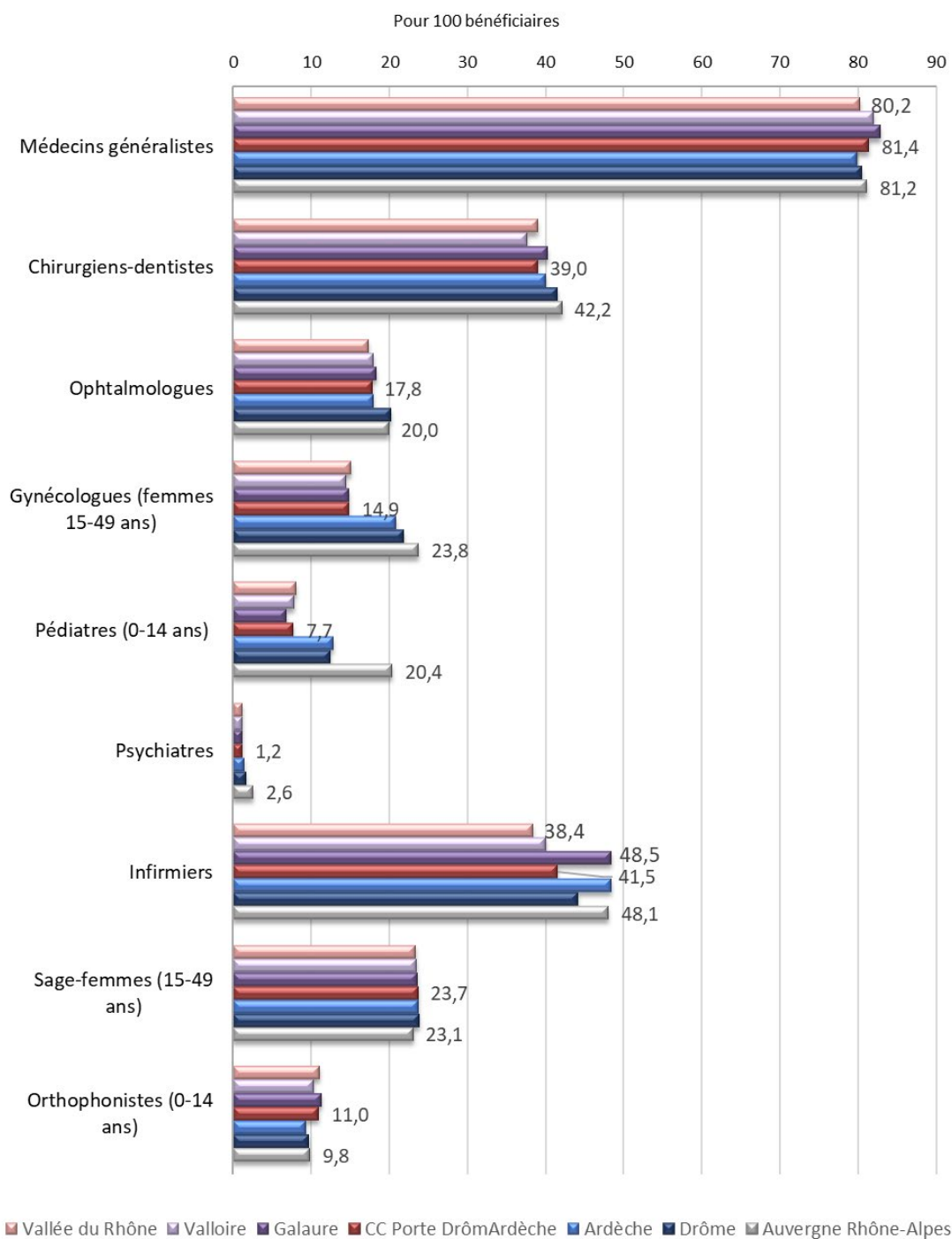
Le recours aux professionnels de santé est apprécié par le pourcentage de personnes ayant bénéficié d'au moins une consultation dans l'année. Cet indicateur documente en partie l'accès aux soins de la population d'un territoire. Les professionnels de santé en médecine de ville correspondent aux professionnels de santé exerçant en dehors d'un établissement de santé, (c'est-à-dire en cabinet de ville, en centre de santé, ...) quel que soit leur mode d'exercice (libéral, salarié ou mixte).

En 2022, 81,4 % des assurés sociaux (et ayant droits) résidant en Porte de DrômArdèche ont consulté au moins une fois dans l'année un médecin généraliste, soit un taux de recours aux médecins généralistes comparable à celui observé au niveau régional.

À l'inverse, un recours plus faible aux chirurgiens-dentistes et aux spécialistes en accès direct est observé. Ainsi 39,0 % des assurés du territoire ont consulté un chirurgien-dentiste en 2022 (42,2 % en région), 17,8 % un ophtalmologue (20,0 % en région) et 1,6 % un psychiatre (3,2 % en région). Par ailleurs, 14,9 % des assurées sociales âgées de 15 à 49 ans du territoire ont consulté un gynécologue contre 23,8 % en région. Un recours plus faible aux médecins spécialistes est souvent observé dans des territoires socialement défavorisés, notamment pour des raisons financières (une partie des médecins spécialistes exercent avec dépassement d'honoraire et sont, de ce fait, peu accessibles aux habitants modestes) et en lien avec des difficultés de déplacements.

Enfin, un recours relativement faible aux infirmiers est constaté dans le territoire, sauf en Galaure où il est comparable au niveau régional : 38,4 % des assurés de la Vallée du Rhône ont consulté un infirmier en 2022, 40,1 % en Valloire et 48,5 % en Galaure (48,1 % en Auvergne Rhône-Alpes).

Taux standardisés (%) de recours aux professionnels de santé en médecine de ville, 2022



Source : : Cnam (SNDS DCIR - 2022), Cnam (SNDS DCIR/PMSI MCO 2020-2022), Insee (Recensement - 2012), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

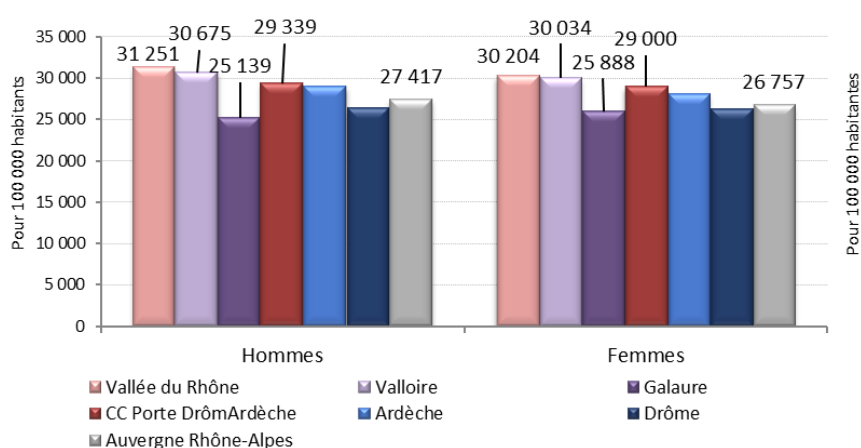
2.4 Les séjours hospitaliers en MCO

En 2022, 14 039 séjours hospitaliers de personnes domiciliées dans le territoire d'étude ont été décomptés, dont 6 785 parmi les habitants de la Vallée du Rhône, 4 031 parmi les habitants de Valloire et 3 223 parmi les habitants de Galaure.

Le taux de séjours hospitaliers dans l'ensemble du territoire s'élève à 28 979 pour 100 000 habitants (deux sexes confondus), un taux supérieur à celui observé en Drôme, en Ardèche et en Auvergne-Rhône-Alpes.

Les sous-territoires Vallée du Rhône et Valloire enregistrent des taux de séjours hospitaliers supérieurs au taux régional. À l'inverse, la Galaure se démarque par un taux de séjours hospitaliers inférieur au taux régional.

Taux standardisés de séjours hospitaliers (tous motifs) pour 100 000 habitants, 2022

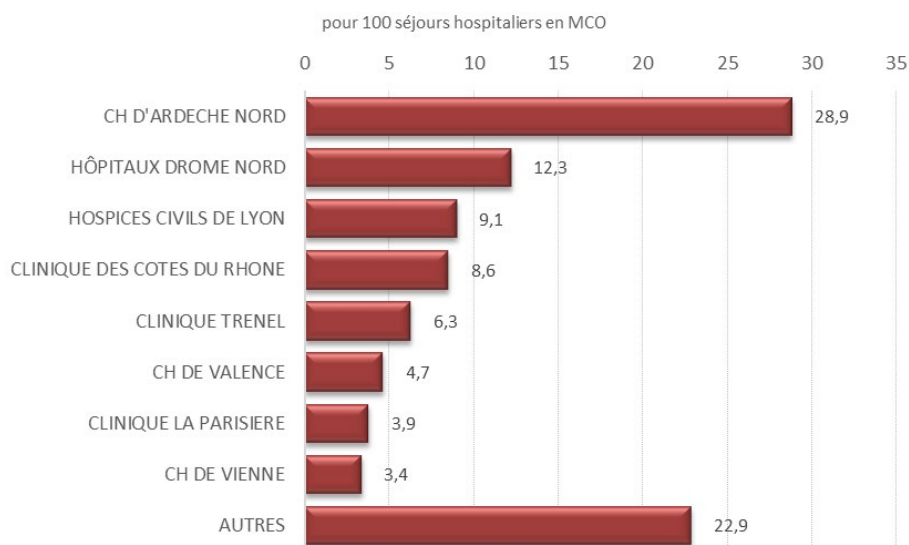


Sources : ATIH (PMSI - 2022), Insee (Recensement - 2012 et 2020), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

L'analyse des trajectoires hospitalières montre que 28,9 % des séjours hospitaliers des habitants de Porte de DrômArdèche se déroulent au Centre hospitalier d'Ardèche Nord situé à Annonay (en Ardèche) et 12,3 % aux hôpitaux Drôme Nord (Hôpital de Romans-sur-Isère et Saint-Vallier¹²). Les Hospices civils de Lyon représentent 9,1 % des séjours hospitaliers et la Clinique du Rhône, située à Roussillon, 8,6 % des séjours hospitaliers des habitants du territoire.

¹² Il n'est pas possible d'identifier si ces séjours ont eu lieu sur le site de Romans-sur-Isère ou de Saint-Vallier

Répartition (%) selon l'établissement des séjours hospitaliers tous motifs confondus des habitants de l'ensemble du territoire, 2022

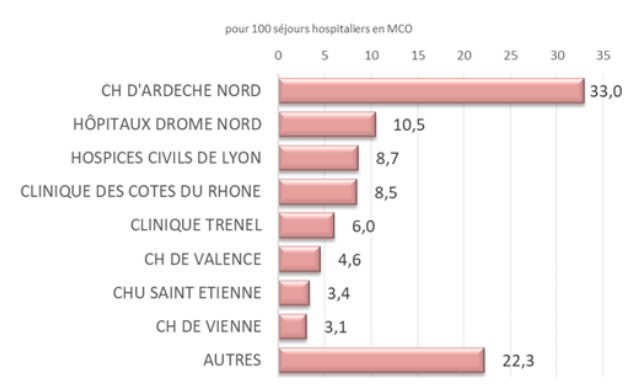


Source : ATIH (PMSI – Séjours hospitaliers - Tous diagnostics 2022), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

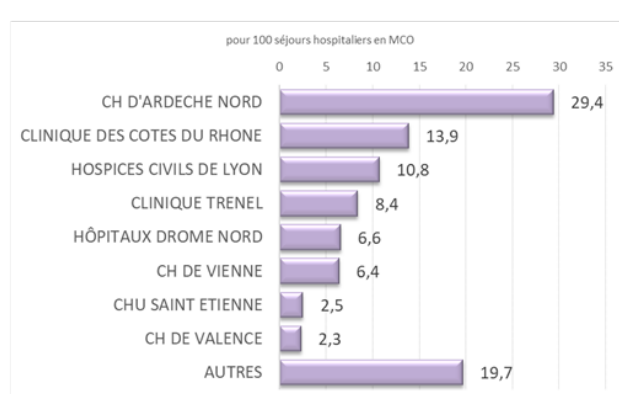
Les trajectoires hospitalières diffèrent selon le sous-territoire de résidence des habitants notamment pour des raisons de proximité géographique et d'organisation des soins. Ainsi, les séjours hospitaliers des habitants de Galaure ont avant tout lieu dans les hôpitaux Drôme Nord (hôpitaux de Saint-Vallier et Romans-sur-Isère) tandis que les habitants de la Vallée du Rhône et de Valloire sont davantage tournés vers le centre hospitalier d'Ardèche Nord.

Répartition (%) selon l'établissement des séjours hospitaliers tous motifs confondus des habitants dans les 3 sous-territoires de Porte de DrômArdèche, 2022

Vallée du Rhône



Valloire



Galaure

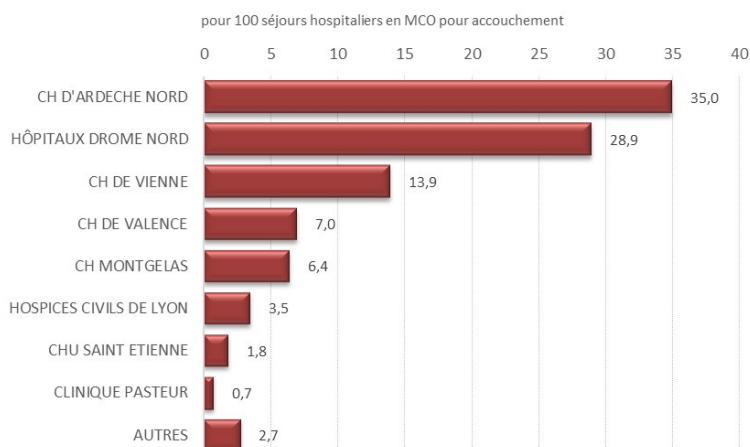


Source : ATIH (PMSI – Séjours hospitaliers - Tous diagnostics 2022), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Le Centre hospitalier d'Ardèche du Nord et les hôpitaux Drôme Nord ont accueilli près des deux tiers des accouchements des habitantes du territoire : respectivement 35,0 % et 28,9 % des séjours hospitaliers pour accouchement des habitantes de Porte de DrômArdèche.

La Galaure se distingue à nouveau par un recours plus important aux hôpitaux Drôme Nord : 66 % des séjours pour accouchement des habitantes de Galaure se sont déroulés dans cet établissement.

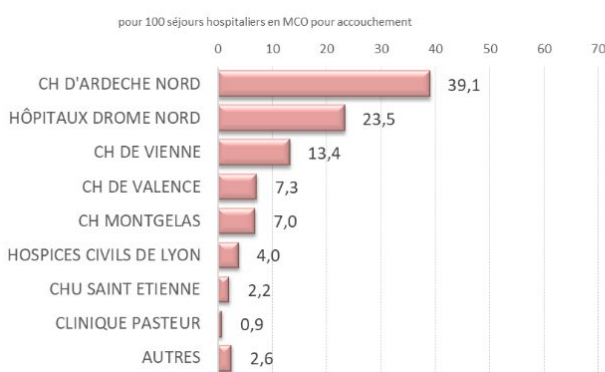
Répartition (%) selon l'établissement des séjours hospitaliers pour accouchements des habitantes de l'ensemble du territoire, 2022



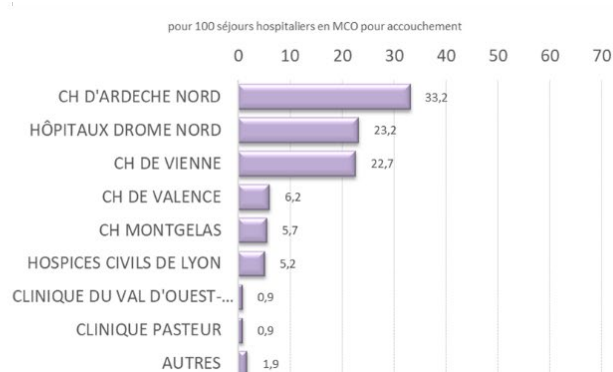
Source : ATIH (PMSI – Séjours hospitaliers - Accouchements-2022), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Répartition (%) selon l'établissement des séjours hospitaliers pour accouchements des habitantes des 3 sous-territoires de Porte de DrômArdèche, 2022

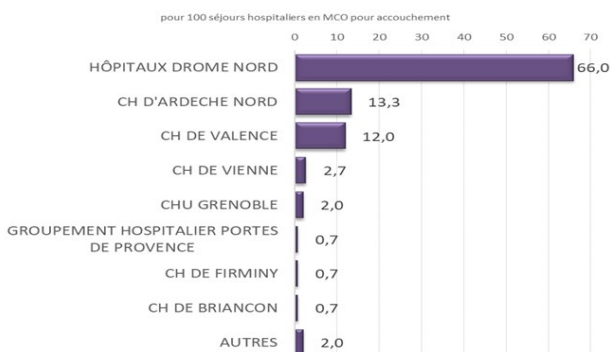
Vallée du Rhône



Valloire



Galaure



Source : ATIH (PMSI – Séjours hospitaliers- Accouchements-2022), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

2.5 Le recours à la prévention

Différentes données sont analysées pour apprécier le recours à la prévention de la population du territoire : la participation au dépistage organisé du cancer du sein, le taux de vaccination antigrippale des personnes âgées de 65 ans et plus, la participation au programme de prévention bucco-dentaire et enfin la couverture vaccinale contre le papillomavirus des adolescents âgés de 16 ans.

2.5.1 Vaccination antigrippale chez les personnes âgées de 65 ans et plus

L'Assurance maladie invite chaque année les personnes à risque, dont les personnes de 65 ans et plus à se faire vacciner gratuitement, le vaccin antigrippal étant pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie, sans avance de frais.

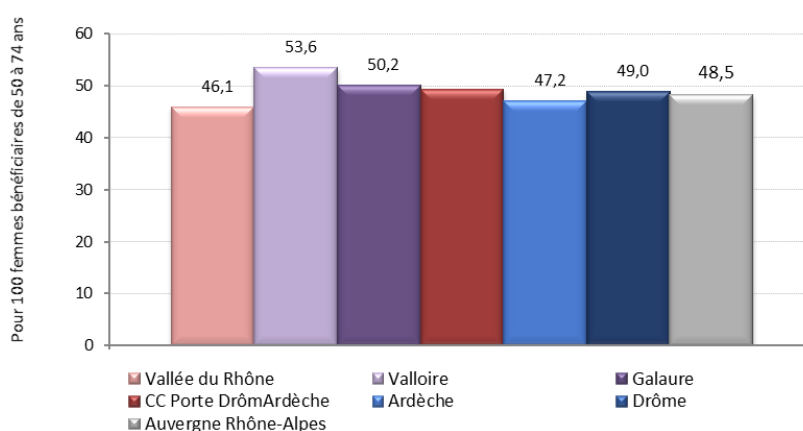
Les données concernant la vaccination antigrippale des personnes âgées de 65 ans et plus sont présentées dans la partie « santé des personnes âgées » de la partie quantitative de ce rapport. Elles mettent en lumière une couverture vaccinale dans ce territoire (54,0 %) plus faible qu'en Auvergne-Rhône-Alpes (57,3 %), en particulier en Vallée du Rhône (51,9 %).

2.5.2 Dépistage organisé du cancer du sein

Le programme de dépistage organisé du cancer du sein propose gratuitement, tous les deux ans, aux femmes de 50 à 74 ans un examen clinique et une mammographie. Les femmes sont invitées par courrier à réaliser gratuitement cet examen auprès d'un radiologue agréé (une deuxième lecture de la mammographie est effectuée systématiquement par un second radiologue pour vérifier les mammographies classées normales en première lecture).

La participation au dépistage organisé du cancer du sein est globalement faible dans l'ensemble du territoire d'étude et plus encore en Vallée du Rhône. En effet, les taux enregistrés dans les trois sous-territoires d'étude, bien que comparables au niveau régional, sont en deçà de l'objectif européen de 70 % permettant une réduction de la mortalité par cancer du sein.

Taux (%) bruts de participation au dépistage organisé du cancer du sein (femmes 50-74 ans), 2022



Sources : Cnam (SNDS DCIR - 2022), Cnam (SNIIRAM DCIR/PMSI MCO – 2020-2022), Insee Recensement (2012)

Les données concernant le dépistage organisé du cancer du sein sont présentées dans le chapitre consacré au cancer (Cf. 3.2),

Les données du territoire concernant la participation au dépistage organisé du cancer du sein montrent des taux comparables aux données régionales.

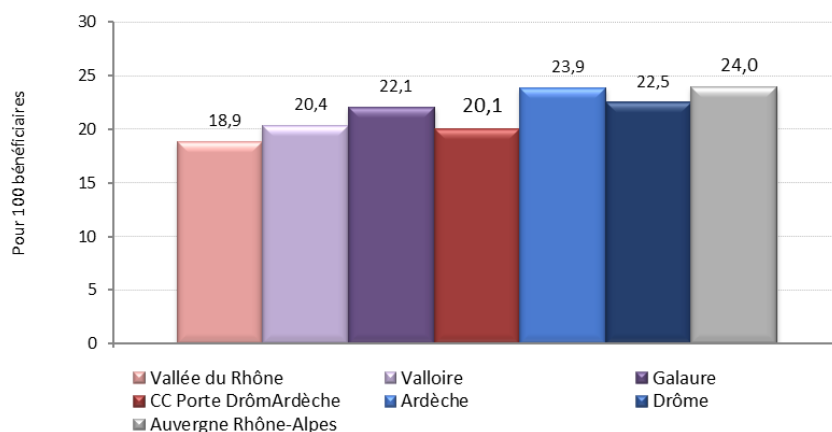
Par ailleurs, pour ces deux actes de prévention, le sous territoire vallée du Rhône se démarque par des taux plus faibles comparés aux données régionales et de l'ensemble de la Communauté de communes.

2.5.3 Programme de prévention bucco-dentaire M'T dents

L'Assurance maladie a développé un programme de prévention bucco-dentaire dénommé M'T dents. Dans ce cadre, elle propose aux enfants et adolescents de 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans, un examen bucco-dentaire gratuit et, si nécessaire, des soins gratuits, entièrement pris en charge par l'Assurance maladie, sans avance de frais. Les bénéficiaires sont invités par courrier à réaliser cet examen auprès du chirurgien-dentiste de leur choix.

En 2022, 20,1 % des enfants et jeunes ciblés ont bénéficié du programme de prévention M'T dents, un taux de participation relativement faible comparé à celui observé en Auvergne-Rhône-Alpes (24,0 %). Dans le territoire Vallée de la Drôme, le taux de participation à ce programme de prévention est plus faible encore (18,9 %).

Taux brut de participation* au programme de prévention bucco-dentaire de l'Assurance maladie M'T dents, 2022



*Enfants et jeunes de 3 ans, 6 ans, 9 ans, 12 ans, 15 ans, 18 ans, 21 ans et 24 ans

Sources : Cnam (SNDS DCIR – 2021-2022), Cnam (SNDS DCIR/PMSI MCO – 2019-2022)

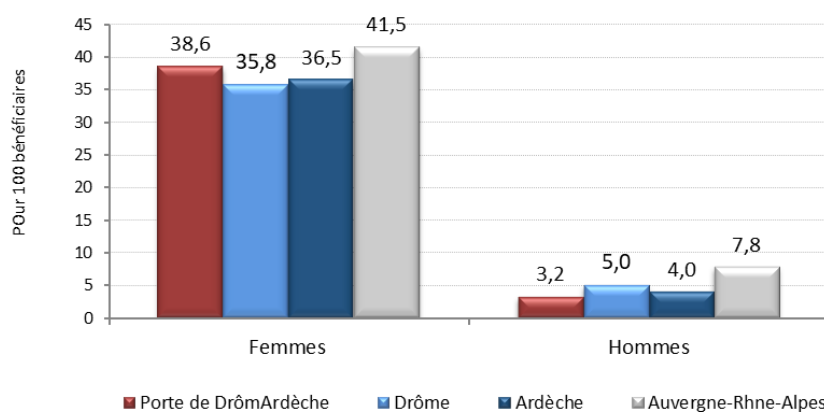
2.5.4 Couverture vaccinale contre le papillomavirus humain

Les infections à papillomavirus humains (HPV) sont parmi les infections sexuellement transmissibles les plus fréquentes et sont à l'origine de près de 100 % du cancer du col de l'utérus, mais peuvent être aussi à l'origine de cancers de l'oropharynx et de l'anus. La vaccination des jeunes âgés de 11 à 19 ans prévient jusqu'à 90 % des infections à HPV. Son efficacité est proche de 100 % lorsqu'elle est effectuée

avant le début de la vie sexuelle. Le vaccin peut être fait par différents professionnels de santé et, à compter de la rentrée 2023, au sein des collèges pour tous les élèves en classe de 5^{ème}.

En 2022, le taux de vaccination des jeunes âgés de 16 ans s'élevait en Porte de DrômArdèche à 38,6 % chez les jeunes filles et 3,2 % chez les jeunes garçons. Ces taux, bien que comparables aux données régionales (respectivement 41,5 % et 3,6 %) restent faibles, en particulier chez les garçons.

Couverture vaccinale contre le papillomavirus des adolescents âgés de 16 ans*, 2022



*Adolescents nés en 2006

Source : Cnam (SNDS DCIR - 2017-2022).

3 État de santé

Différentes données permettent d'appréhender l'état de santé d'une population et sont analysées dans cette étude : la prévalence des affections de longue durée (ALD), les hospitalisations en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), le recours aux soins spécialisés en psychiatrie, les consommations médicamenteuses et la mortalité.

Le croisement de plusieurs indicateurs d'état de santé, entre eux et avec les données socio-économiques permet de formuler des hypothèses.

3.1 État de santé général

3.1.1 Les affections de longue durée (ALD)

Définition et interprétation

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.

Une liste établie par décret fixe trente affections (ALD30) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur (cancer, diabète, maladies cardiovasculaires, maladies psychiatriques de longue durée, etc.). Cette obtention est subordonnée à une demande à la caisse d'affiliation de l'assuré et à l'accord du service médical.

En pratique, la quasi-totalité des affections ayant un caractère habituel de gravité est couverte par le champ des ALD.

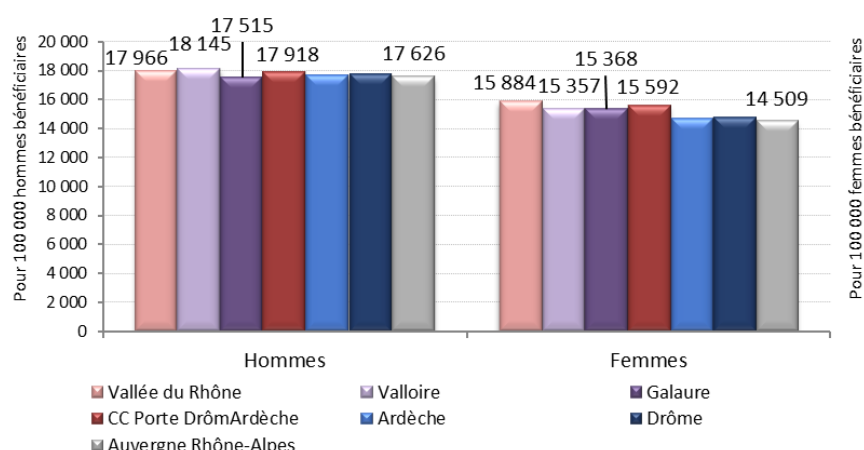
Les déclarations d'ALD sont très praticiens-dépendantes. Parfois, également, des personnes bénéficiant d'ALD à d'autres titres ne font pas systématiquement l'objet de déclaration d'une nouvelle ALD. Ainsi ces indicateurs soulignent des tendances mais ils sont à interpréter avec prudence et sont à croiser avec les autres indicateurs d'état de santé.

En 2022, 9 009 détenteurs d'une ALD sont dénombrés dans le territoire d'étude dont 4 060 en Vallée du Rhône, 2 619 en Valloire et 2 330 en Galaure.

Chez les femmes, et notamment en Vallée du Rhône, le taux de prévalence des ALD est supérieur au taux régional. Le taux de bénéficiaires d'une ALD s'élève ainsi chez les femmes de Porte de DrômArdèche à 15 592 pour 100 000 contre 14 509 en Auvergne-Rhône-Alpes.

Chez les hommes du territoire le taux de prévalence des ALD est comparable au niveau régional.

Taux standardisés de bénéficiaires d'ALD (toutes causes) pour 100 000 assurés, 2022



Sources : Cnam (SNDS référentiel médicalisé - 31/12/2022), Cnam (SNDS DCIR – 20120-2022), Insee (Recensement - 2012), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

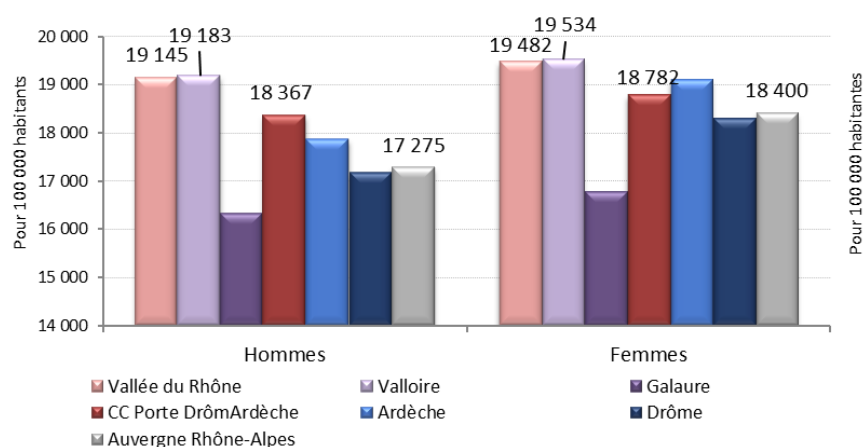
3.1.2 Les hospitalisations en médecine obstétrique chirurgie (MCO)

En 2022, 8 874 habitants du territoire ont été hospitalisés en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), dont 4 245 domiciliés en Vallée du Rhône, 2 557 en Valloire et 2 071 en Galaure.

Chez les hommes du territoire, un taux de patients hospitalisés plus élevé qu'en Auvergne Rhône-Alpes est enregistré (respectivement 18 367 pour 100 000 habitants et 17 275 pour 100 000).

À l'échelle infra-territoriale des différences sont à nouveau observées entre les trois sous-territoires. Vallée du Rhône et Valloire enregistrent des taux de patients hospitalisés en MCO supérieurs au taux régional, chez les hommes comme chez les femmes. À l'inverse, Galaure enregistre des taux plus faibles qu'en Auvergne-Rhône-Alpes.

Taux standardisés de patients hospitalisés – tous motifs confondus – pour 100 000 habitants, 2022



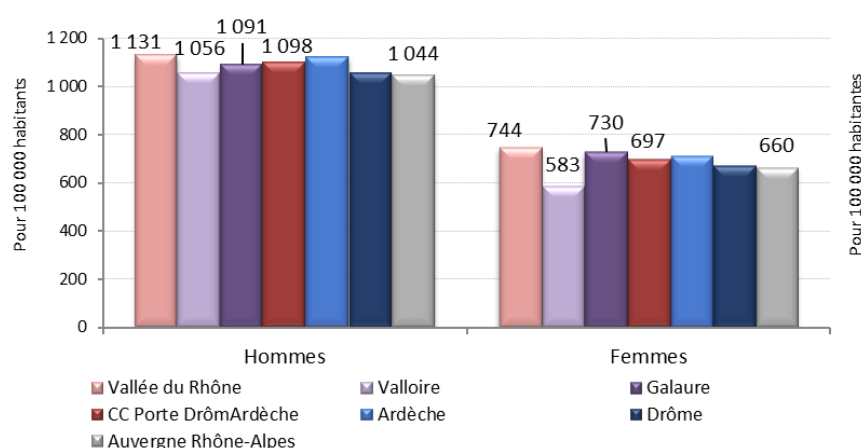
Sources : ATIH (PMSI - 2022), Insee (Recensement - 2012 et 2020), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

3.1.3 La mortalité

Sur la période 2017-2021, 457 décès ont été enregistrés en moyenne chaque année dans le territoire, dont 218 en Vallée du Rhône, 107 en Valloire et 133 en Galaure.

Le taux de mortalité dans le territoire s'élève ainsi à 1 098 pour 100 000 chez les hommes et 697 pour 100 000 chez les femmes, des taux comparables à ceux enregistrés en Auvergne-Rhône-Alpes. Le sous-territoire Vallée du Rhône présente toutefois un taux de mortalité supérieur au taux régional, en particulier chez les femmes.

Taux standardisés annuels moyens de mortalité générale pour 100 000 habitants, 2017-2021



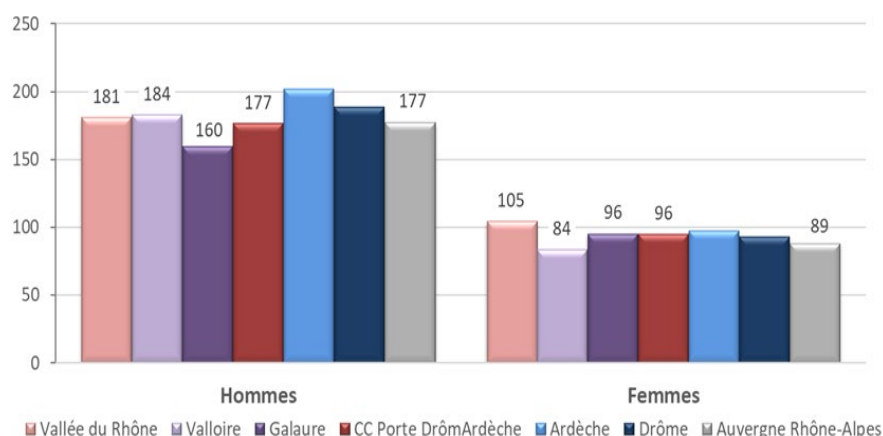
Sources : Inserm CépiDc (BCMD – 2017-2021), Insee (Recensement - 2012 et 2019), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

La mortalité prématurée concerne la mortalité enregistrée chez les personnes de moins de 65 ans. Une partie de la mortalité prématurée est considérée comme évitable par une réduction des comportements individuels à risque, incluant le tabagisme, la consommation nocive d'alcool, le suicide ou encore la conduite routière dangereuse.

Sur la période 2017-2021, 63 décès prématurés (survenus avant l'âge de 65 ans) sont enregistrés en moyenne chaque année dans le territoire d'étude, dont 30 en Vallée du Rhône, 18 en Valloire et 15 en Galaure.

En Vallée du Rhône, le taux de mortalité prématurée est légèrement supérieur au taux régional (143 pour 100 000 habitants pour les deux sexes confondus contre 132 pour 100 000 en Auvergne-Rhône-Alpes), toutefois ces données sont à interpréter avec prudence en raison de la faiblesse des effectifs.

Taux standardisés annuels moyens de mortalité prématurée (avant 65 ans) pour 100 000, habitants 2017-2021



Sources : Inserm CépiDc (BCMD - 2017-2021), Insee (Recensement - 2012 et 2019), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

3.2 Les cancers

Les cancers représentent en France la première cause de décès chez l'homme et la deuxième chez la femme.

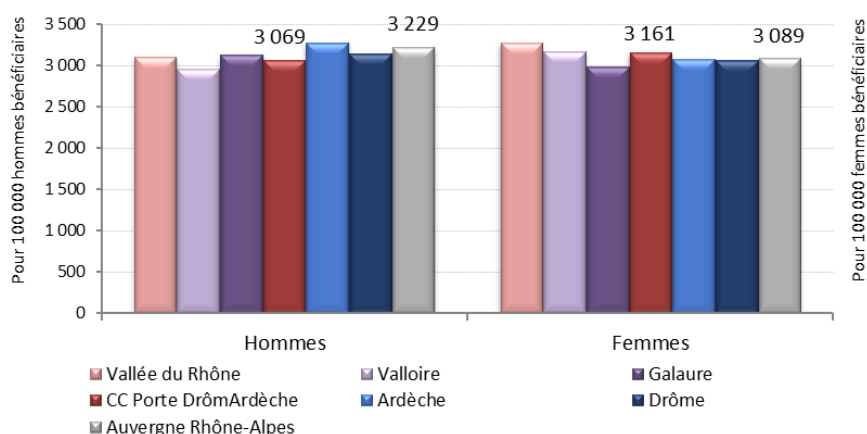
En 2023 en France métropolitaine, le nombre de nouveaux cas de cancer est estimé à 433 136, dont 57 % chez l'homme et 43 % chez la femme. Le cancer de la prostate reste le plus fréquent chez l'homme, suivi du cancer du poulmon et du cancer colorectal. Chez la femme, le cancer du sein reste le plus fréquent, suivi du cancer colorectal et du cancer du poulmon.

Les données de mortalité les plus récentes (2018) font état de 157 000 décès par cancers, dont 90 000 hommes et 68 000 femmes. Les cancers à l'origine des plus grands nombres de décès sont le cancer du poulmon, le cancer colorectal et le cancer de la prostate chez l'homme et le cancer du sein, le cancer du poulmon et le cancer colorectal chez la femme¹³.

En 2022, 1 691 bénéficiaires d'ALD pour tumeurs sont dénombrés dans la Communauté de communes Porte de DrômArdèche, dont 45 % d'hommes. Le taux standardisé de bénéficiaires d'ALD pour tumeurs enregistré dans le territoire (3 070 pour 100 00 pour les deux sexes ensemble) est comparable au taux régional (3 101 pour 100 000).

¹³Institut National du Cancer <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Incidence-et-mortalite-des-cancers>

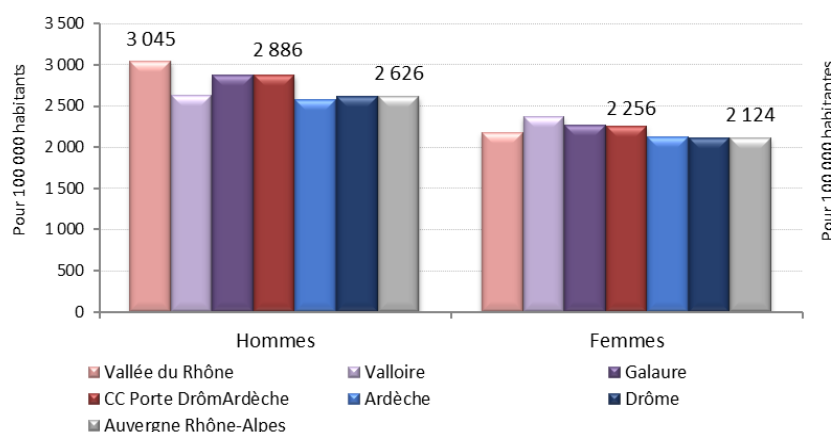
Taux standardisés de bénéficiaires d'ALD pour tumeurs, 2022



Sources : Cnam (SNDS référentiel médicalisé - 31/12/2022), Cnam (SNDS DCIR – 20120-2022), Insee (Recensement - 2012), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

La même année, 1 289 patients domiciliés en Porte de DrômArdèche ont été hospitalisés pour tumeurs dont 55 % d'hommes. Chez les hommes, le taux de patients hospitalisés pour tumeurs est supérieur au taux régional, en particulier dans le sous-territoire Vallée du Rhône.

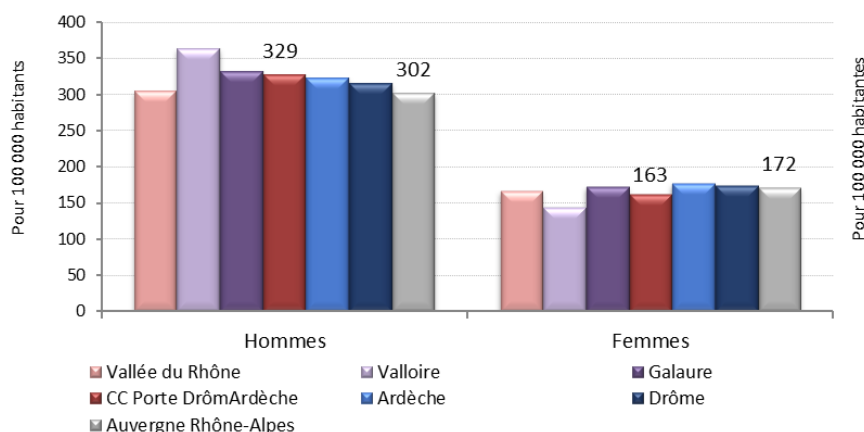
Taux standardisés de patients hospitalisés pour tumeurs, 2022



Sources : ATIH (PMSI - 2022), Insee (Recensement - 2012 et 2020), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Sur la période 2017-2021, 122 décès par tumeurs ont été enregistrés en moyenne chaque année (dont 57 % d'hommes), soit un taux de mortalité par tumeurs comparable à celui observé en Auvergne-Rhône-Alpes (236 pour 100 000 habitants – deux sexes confondus- contre 225 pour 100 000 en région).

Taux standardisés annuels moyens de mortalité par tumeurs, 2017-2021



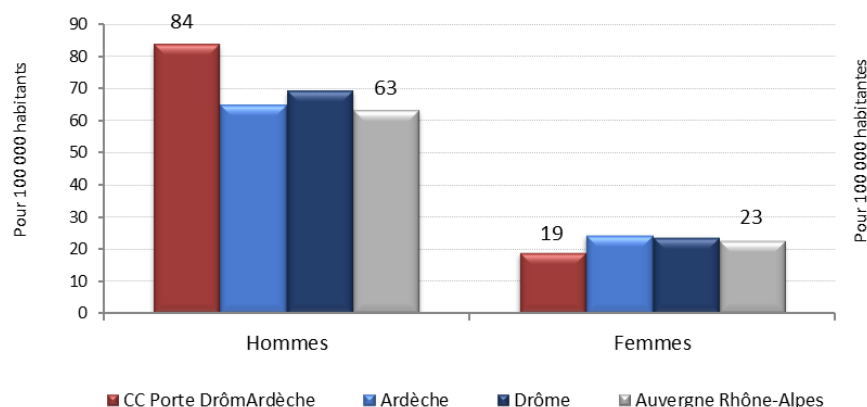
Sources : Inserm CépiDc (BCMD - 2017-2021), Insee (Recensement - 2012 et 2019), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Le cancer du poumon est le 3^{ème} cancer le plus fréquent et la 1^{ère} cause de mortalité par cancer. Le cancer du poumon résulte rarement d'une cause unique mais plus généralement d'une association de plusieurs facteurs de risques. Le tabagisme est le principal facteur de risque du cancer du poumon : 9 cancers sur 10 pour les hommes, 7 sur 10 pour les femmes. La 2^{ème} cause de cancer du poumon est un facteur environnemental : le radon, responsable de 10 % des cancers, son risque se cumule avec celui du tabac. Entre 10 et 15 % des cancers sont attribuables à l'exposition professionnelle à l'amiante et aux autres expositions professionnelles. En ce qui concerne la pollution extérieure, l'exposition aux particules fines (PM2,5) est estimée comme à l'origine de 4 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancer du poumon.

Le cancer du poumon, représente dans le territoire 25 décès par an en moyenne sur la période 2017-2021 (dont 80 % d'hommes), dont la moitié (13) dans le sous-territoire Vallée du Rhône.

Chez les hommes, un taux de mortalité par cancer du poumon plus élevé qu'en région est enregistré (84 pour 100 000 contre 63 pour 100 000 en Auvergne-Rhône-Alpes), toutefois ces données sont à interpréter avec prudence en raison de la faiblesse des effectifs (pas de différence significative enregistrée).

Taux standardisés annuels moyens de mortalité par cancer du poumon, 2017-2021



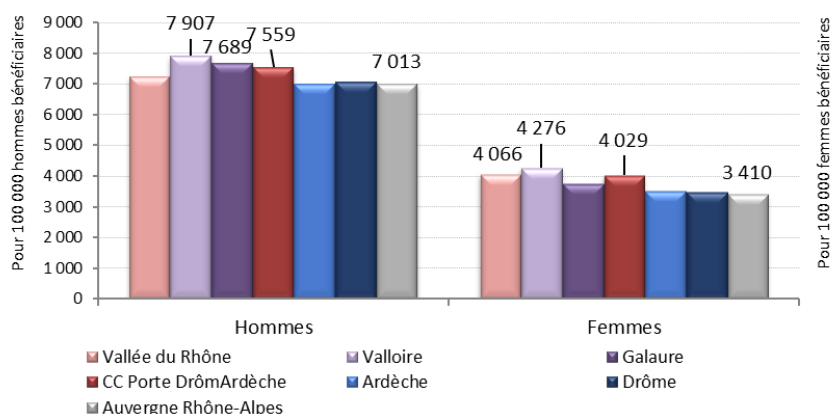
Sources : Inserm CépiDc (BCMD - 2017-2021), Insee (Recensement - 2012 et 2019), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

3.3 Les maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires recouvrent un ensemble diversifié de maladies fréquentes et graves : hypertension artérielle, cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires cérébrales, insuffisance cardiaque... Hormis l'hérédité, le sexe et l'âge, plusieurs facteurs constitutionnels et comportementaux souvent associés favorisent leur survenue : l'hypertension artérielle, le diabète, la mauvaise alimentation, l'obésité et la sédentarité. Les maladies cardiovasculaires ont longtemps été la principale cause de décès en France, comme dans de nombreux pays. Depuis quelques années, elles représentent la deuxième cause de mortalité, après les tumeurs, du fait d'une diminution continue du nombre de décès cardiovasculaires en lien avec l'amélioration de la prévention et de la prise en charge thérapeutique. Néanmoins, chez les femmes, ces maladies restent la première cause de mortalité.

En 2022, en Porte de DrômArdèche, 3 182 bénéficiaires d'ALD pour maladie cardiovasculaire sont dénombrés (dont 60 % d'hommes), soit un taux de bénéficiaires d'ALD pour maladies cardiovasculaires supérieur au taux observé en région, chez les hommes (7 559 pour 100 000 contre 7 013 pour 100 000 en Auvergne-Rhône-Alpes) comme chez les femmes (4 030 pour 100 000 contre 5 063 pour 100 000 en région).

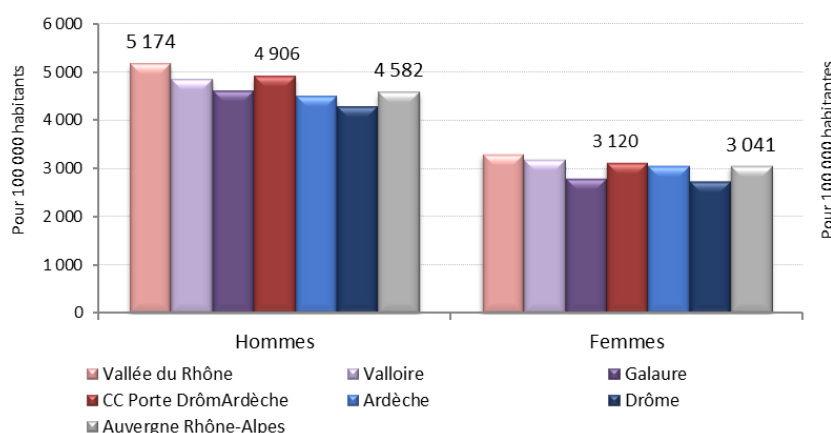
Taux standardisés de bénéficiaires d'ALD pour maladies cardiovasculaires, 2022



Sources : Cnam (SNDS référentiel médicalisé - 31/12/2022), Cnam (SNDS DCIR – 20120-2022), Insee (Recensement - 2012), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

La même année, 2 025 patients domiciliés dans le territoire ont été hospitalisés pour maladie cardiovasculaire (55 % d'hommes). Chez les hommes de Porte de DrômArdèche, et notamment parmi les hommes du sous-territoire Vallée du Rhône, un taux de patients hospitalisés pour maladie cardiovasculaire plus élevé qu'en région est observé.

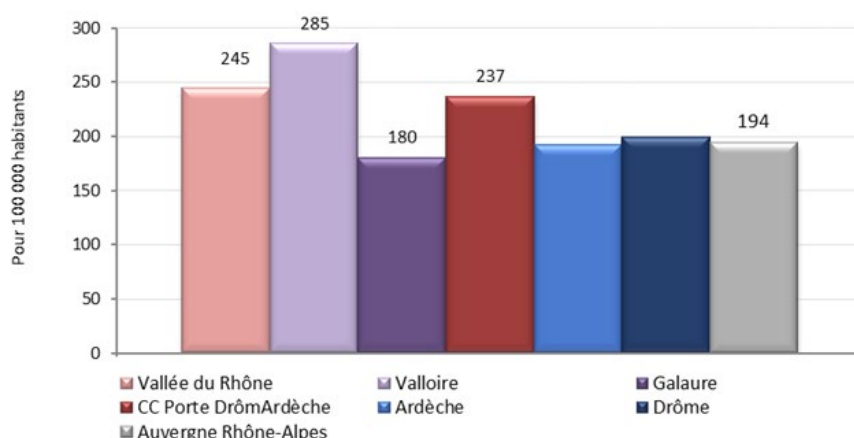
Taux standardisés de patients hospitalisés pour maladies cardiovasculaires, 2022



Sources : Inserm CépiDc (BCMD – 2017-2021), Insee (Recensement - 2012 et 2019), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

En 2022, 124 habitants de la Communauté de communes, dont 57 % d'hommes, ont été hospitalisés pour accident vasculaire cérébral (AVC), soit un taux de patients hospitalisés pour AVC supérieur au niveau régional, en particulier en Valloire.

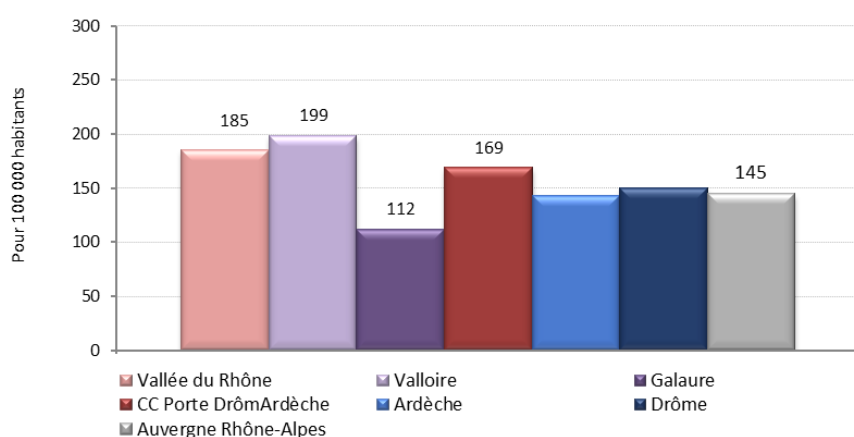
Taux standardisés de patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral (AVC), 2022



Sources : ATIH (PMSI - 2022), Insee (Recensement - 2012 et 2020), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

La même année, 86 patients domiciliés dans le territoire ont été hospitalisés pour infarctus du myocarde, dont 67 % d'hommes.

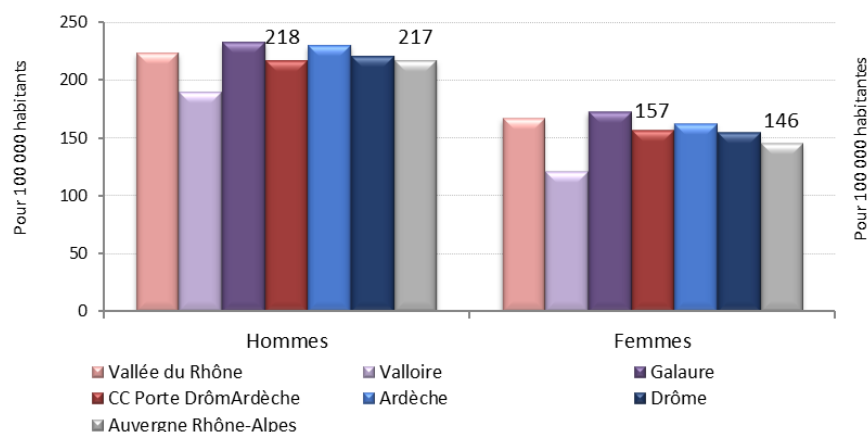
Taux standardisés de patients hospitalisés pour infarctus du myocarde, 2022



Sources : ATIH (PMSI - 2022), Insee (Recensement - 2012 et 2020), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Sur la période 2017-2021, 97 décès par maladies cardiovasculaires ont été enregistrés en moyenne chaque année, soit un taux de mortalité par maladies cardiovasculaires comparable au taux observé en Auvergne-Rhône-Alpes, chez les hommes comme chez les femmes.

Taux standardisés annuels moyens de mortalité par maladies cardiovasculaires, 2017-2021



Sources : Inserm CépiDc (BCMD - 2017-2021), Insee (Recensement - 2012 et 2019), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

3.4 Le diabète

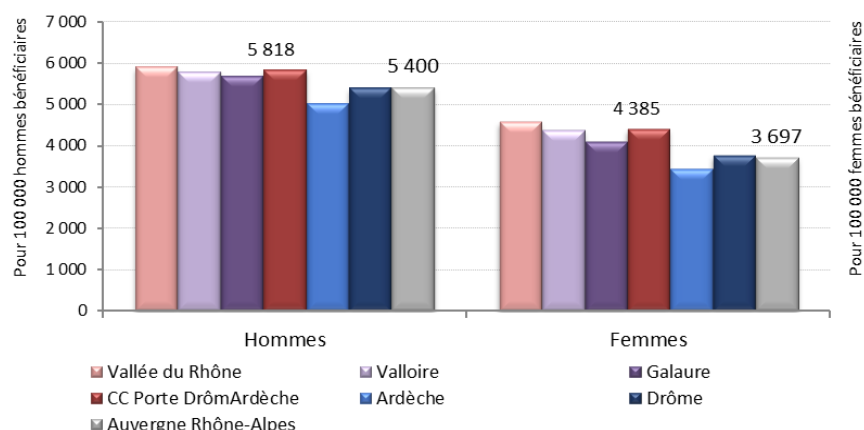
Le diabète est une maladie métabolique caractérisée par une hyperglycémie chronique (taux de glucose dans le sang trop élevé). Deux principaux types de diabète existent : le diabète de type 1 (dû à une absence de sécrétion d'insuline par le pancréas) survient le plus souvent chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte jeune. Le diabète de type 2, beaucoup plus fréquent (92 % des diabétiques ont un diabète de type 2) survient généralement après l'âge de 20 ans, mais peut parfois apparaître dès l'adolescence, surtout en présence d'un surpoids. La prévalence du diabète de type 2 augmente régulièrement en France : la prévalence du diabète traité pharmacologiquement en France était estimée à 4,6 % en 2012 et à 5,6 % en 2022, soit plus de 3,8 millions de personnes traitées pour un diabète¹⁴¹⁵. Un important gradient social est observé pour le diabète : la prévalence du diabète traité pharmacologiquement est 1,4 fois plus élevée chez les hommes résidant dans les communes les plus défavorisées que chez ceux résidant dans les communes les plus favorisées. Ce ratio est encore plus élevé 1,7 pour les femmes.

En 2022, 2 775 bénéficiaires d'ALD pour diabète sont décomptés en Porte de DrômArdèche (54 % d'hommes), soit un taux de bénéficiaires d'ALD plus élevé dans le territoire qu'en Auvergne-Rhône-Alpes (respectivement 5 052 pour 100 000 et 4 490 pour 100 00 – taux pour les deux sexes ensemble).

¹⁴ Santé publique France données GEODES (sources SNDS-DCIR, Insee) <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/journee-mondiale-du-diabete-14-novembre-2020>

¹⁵ <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/donnees/#tabs>

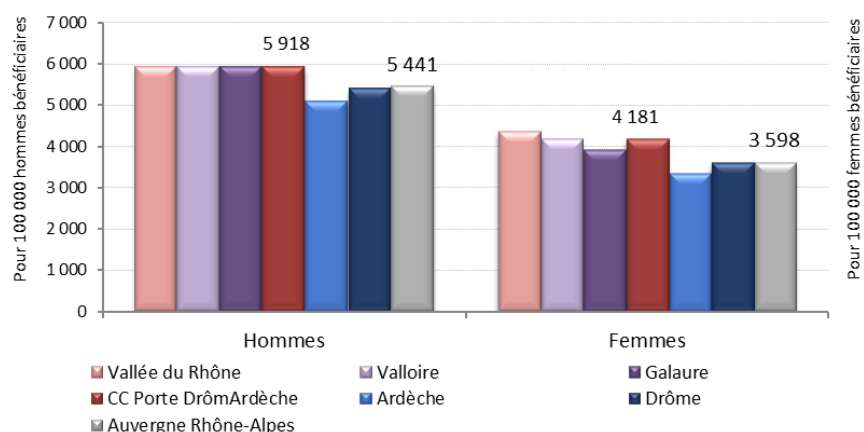
Taux standardisés de bénéficiaires d'ALD pour diabète, 2022



Sources : Cnam (SNDS référentiel médicalisé - 31/12/2022), Cnam (SNDS DCIR – 20120-2022), Insee (Recensement - 2012), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

La même année, 2 739 assurés du territoire étaient sous traitement régulier d'antidiabétiques (dont insuline), soit un taux, pour les deux sexes confondus, de 4 984 pour 100 000, supérieur au taux observé en région (4 453 pour 100 000).

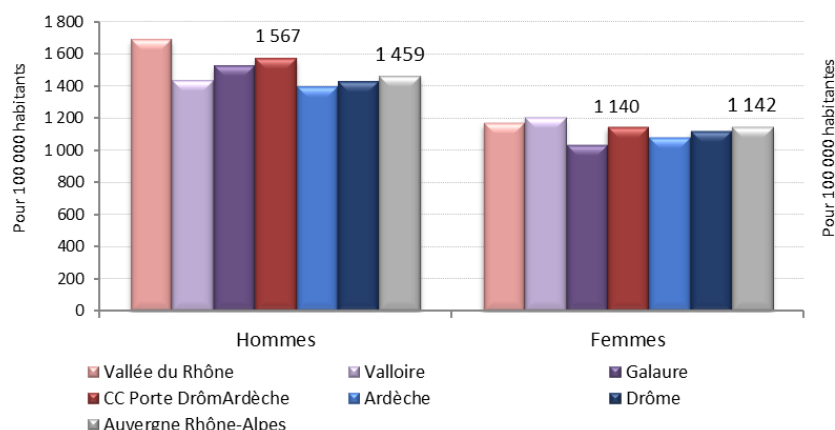
Taux standardisés de patients sous traitement régulier antidiabétique, 2022



Sources : Cnam (SNDS DCIR - 2022), Cnam (SNIIRAM DCIR/PMSI MCO – 2020-2022), Insee Recensement (2012)

La même année 667 patients domiciliés en Porte de DrômArdèche ont été hospitalisés pour diabète, soit un taux de 1 567 pour 100 000 chez les hommes et 1 140 chez les femmes, comparables aux taux régionaux.

Taux standardisés de patients hospitalisés pour diabète, 2022



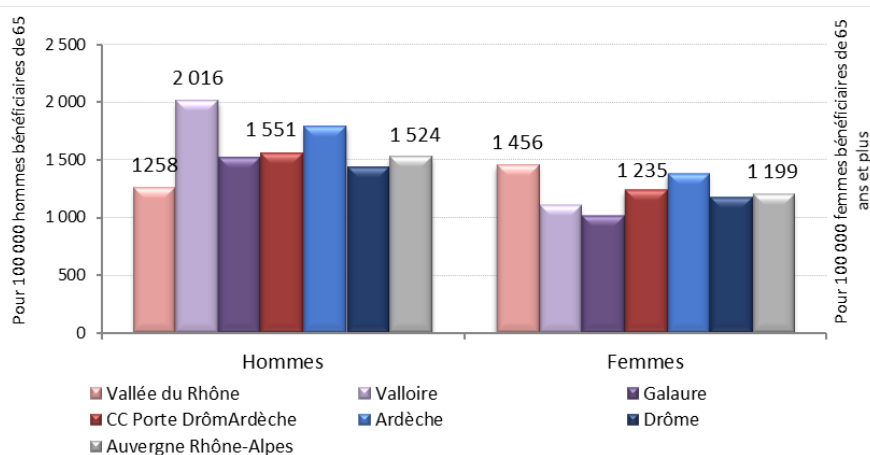
Sources : ATIH (PMSI - 2022), Insee (Recensement - 2012 et 2020), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

3.5 Les maladies respiratoires

Les maladies respiratoires regroupent des affections très différentes. Outre les cancers, elles peuvent être d'origine infectieuse (bronchite aiguë, pneumonie, infection des voies respiratoires supérieures) ou d'évolution chronique comme la bronchite chronique, la bronchopneumopathie chronique obstructive ou l'insuffisance respiratoire. Ces maladies sont plurifactorielles : tabagisme (à l'origine de 8 cancers sur 10), expositions professionnelles (fumées et poussières), conditions de logement (mauvaise ventilation entraînant de l'humidité et des moisissures à l'origine d'asthme et d'allergies) et qualité de l'air intérieur et extérieur.

En 2022, le territoire compte 2 020 bénéficiaires d'ALD pour insuffisance respiratoire (48 % d'hommes), soit un taux comparable aux données régionales, aussi bien chez les hommes que les femmes.

Taux standardisés de bénéficiaires d'ALD pour insuffisance respiratoire, 2022

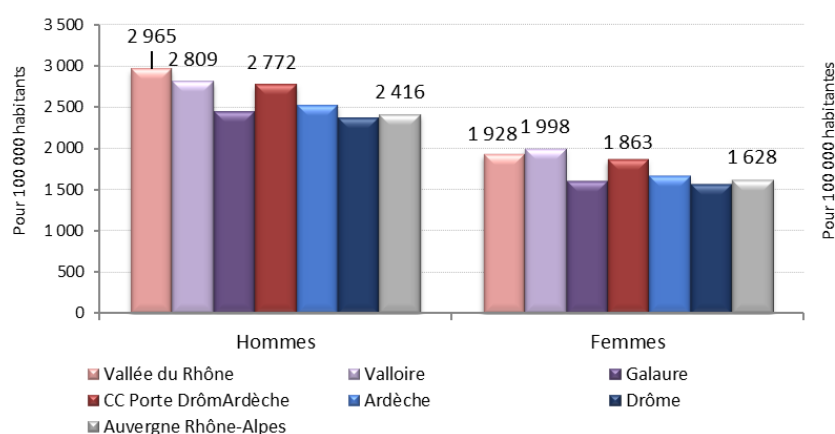


Sources : Cnam (SNDS référentiel médicalisé - 31/12/2022), Cnam (SNDS DCIR - 20120-2022), Insee (Recensement - 2012), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

La même année, 1 132 patients (55 % d'hommes) domiciliés en Porte de DrômArdèche ont été hospitalisés pour maladie respiratoire dont 332 pour bronchopneumopathie, 244 pour bronchite chronique (59 % d'hommes) et 83 pour asthme.

Des taux de patients hospitalisés pour maladies respiratoires plus élevés qu'en région sont enregistrés dans le territoire, à l'exception de la Galaure qui présente des taux comparables.

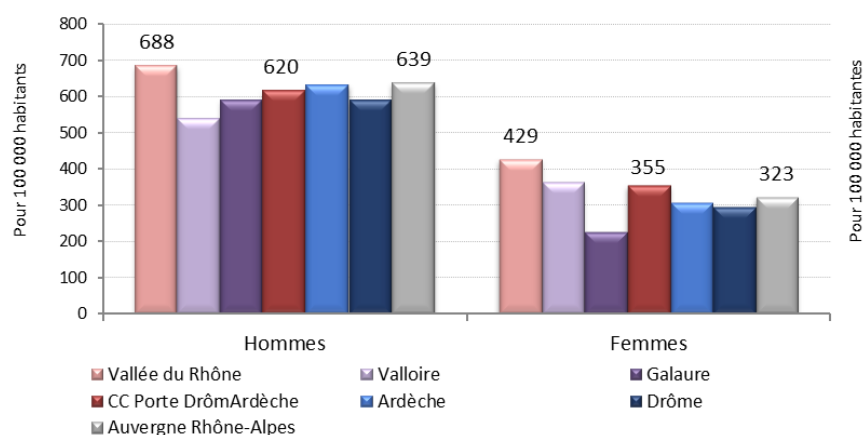
Taux standardisés de patients hospitalisés pour maladie respiratoire, 2022



Sources : ATIH (PMSI - 2022), Insee (Recensement - 2012 et 2020), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Le taux de patients hospitalisés pour bronchite chronique s'élève en Vallée du Rhône à 528 pour 100 000 habitants, un taux plus élevé qu'en Auvergne-Rhône-Alpes, sans qu'une différence significative ne soit observée (458 pour 100 000).

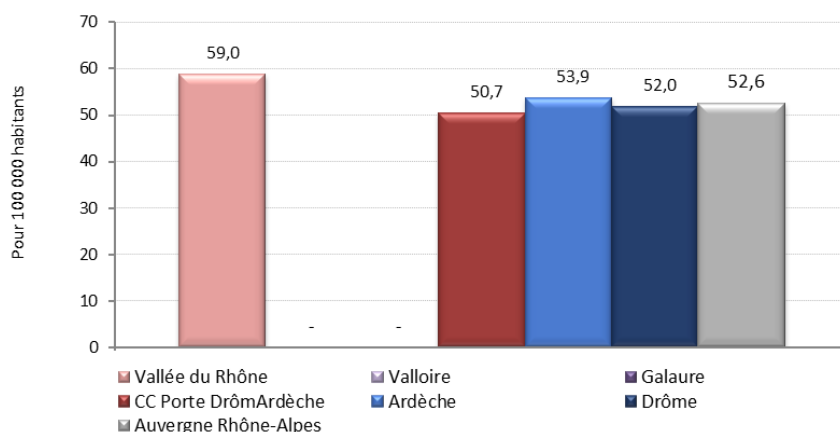
Taux standardisés de patients hospitalisés pour bronchite chronique, 2022



Sources : ATIH (PMSI - 2022), Insee (Recensement - 2012 et 2020), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

27 décès annuels par maladies respiratoires ont été enregistrés sur la période 2017-2021 en Porte de DrômArdèche, soit un taux de mortalité comparable à celui enregistré en Auvergne-Rhône-Alpes.

Taux standardisés annuels moyens de mortalité par maladies respiratoires, 2017-2021

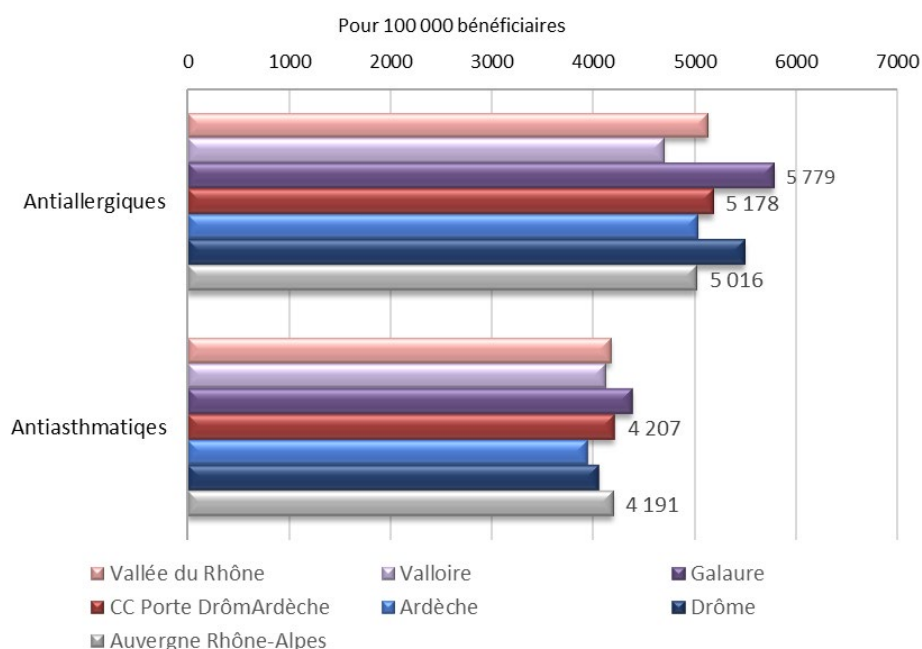


Sources : Inserm CépiDc (BCMD - 2017-2021), Insee (Recensement - 2012 et 2019), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

En 2022, 2 594 patients du territoire sont sous traitement régulier (au moins 3 prescriptions par an) d'antiallergiques et 2 146 sous traitement régulier d'antiasthmatique.

Le taux de patients sous traitement antiallergique est relativement élevé en Galaure par rapport à la région Auvergne-Rhône-Alpes (respectivement 5 296 pour 100 000 et 5 013 pour 100 000).

Taux standardisés de patients sous traitement régulier d'antiallergiques et d'antiasthmatiques, 2022



Sources : Cnam (SNDS DCIR - 2022), Cnam (SNIIRAM DCIR/PMSI MCO - 2020-2022), Insee Recensement (2012)

3.6 Santé mentale

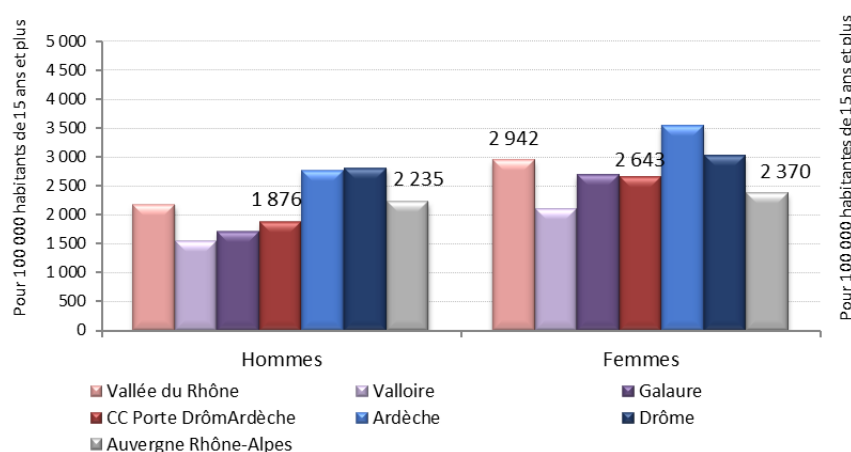
Différentes données permettent d'examiner l'état de santé mentale d'une population : les données directement en lien avec des troubles mentaux et du comportement, les données en lien avec le suicide et les pathologies liées à l'alcool.

3.6.1 Les données directement en lien avec les troubles mentaux et du comportement

En 2022, 851 patients du territoire âgés de 15 ans et plus ont été pris en charge, en ambulatoire (exclusivement), en établissement de psychiatrie.

Chez les hommes, le taux de patients pris en charge en psychiatrie en ambulatoire (exclusivement) est plus élevé dans le territoire qu'en Auvergne-Rhône-Alpes (respectivement 1 876 et 2 235 pour 100 000 habitants). À l'inverse, les femmes du territoire présentent un taux relativement faible par rapport à la région (2 643 pour 100 000 contre 2 370 pour 100 000).

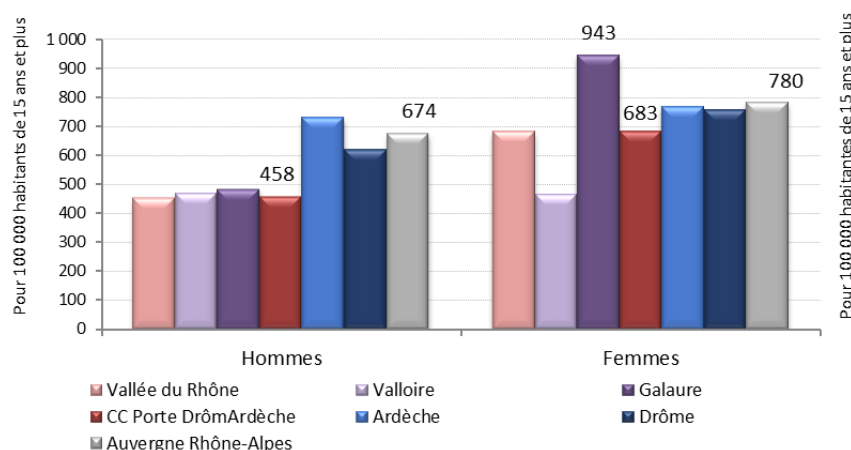
Taux standardisés de patients de 15 ans et plus vus en établissement psychiatrique, en ambulatoire exclusif, 2022



Sources : ATIH (RIM-P - 2022), Insee (Recensement – 2020 et 2012)

La même année, 213 patients domiciliés dans la Communauté de communes ont été hospitalisés (à temps partiel ou complet) en établissement de psychiatrie. Le taux de patients hospitalisés en psychiatrie s'élève ainsi à 572 pour 100 000, un taux plus faible que celui observé en Auvergne-Rhône-Alpes.

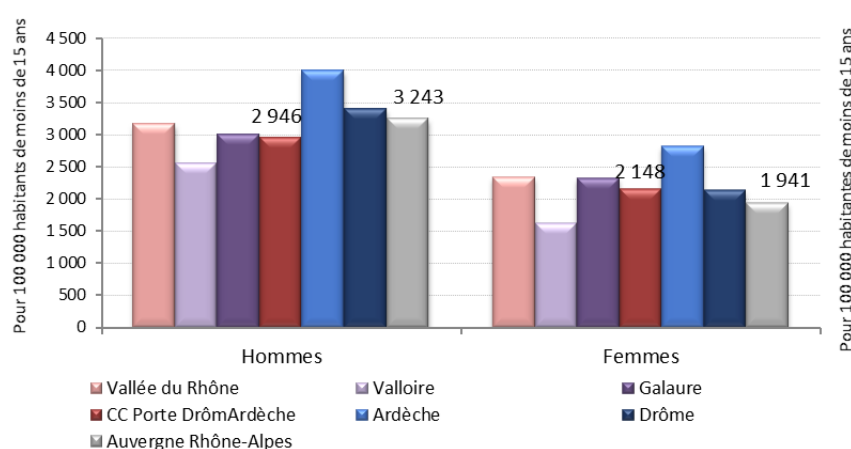
Taux standardisés de patients de 15 ans et plus hospitalisés (temps complet et partiel) en établissement psychiatrique, 2022



Sources : ATIH (RIM-P - 2022), Insee (Recensement – 2020 et 2012)

Parmi les moins de 15 ans, le taux de patients pris en charge en établissement de psychiatrie en ambulatoire (exclusivement), 2 560 pour 100 000 habitants de moins de 15 ans est comparable au taux enregistré en région.

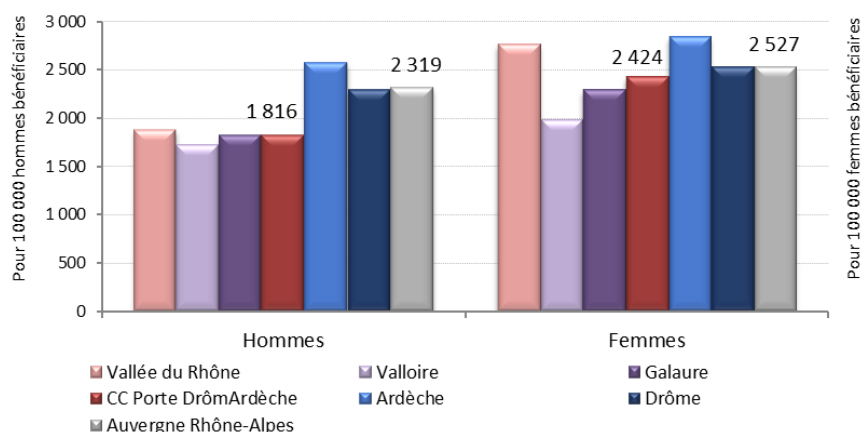
Taux standardisés de moins de 15 ans vus en établissement de psychiatrie, en ambulatoire exclusif, 2022



Sources : ATIH (RIM-P - 2022), Insee (Recensement – 2020 et 2012)

En 2022, 1 077 bénéficiaires d'ALD pour affection psychiatrique sont décomptés, soit un taux de bénéficiaires d'ALD pour affection psychiatrique plus faible qu'en Auvergne-Rhône-Alpes (respectivement 2 132 pour 100 000 et 2 445 pour 100 000).

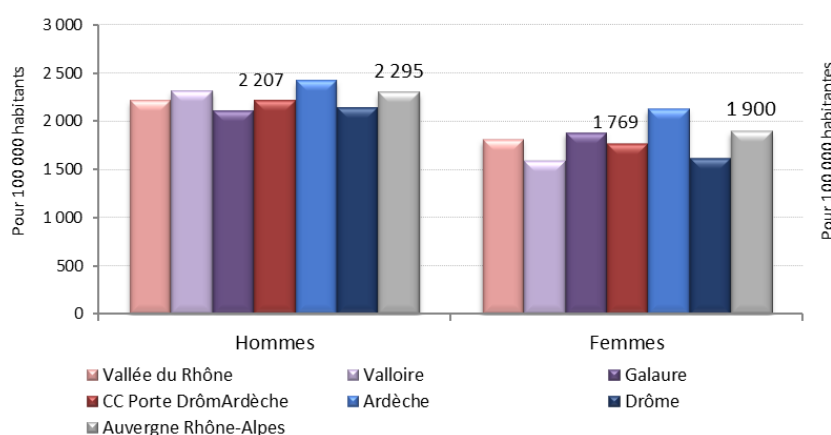
Taux standardisés de bénéficiaires d'ALD pour affection psychiatrique, 2022



Sources : Cnam (SNDS référentiel médicalisé - 31/12/2022), Cnam (SNDS DCIR – 20120-2022), Insee (Recensement - 2012), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

La même année, 964 patients domiciliés dans la communauté de communes ont été hospitalisés en médecine chirurgie obstétrique (MCO) pour troubles mentaux, soit un taux de 1 859 pour 100 000 habitants (deux sexes confondus) comparable au taux régional.

Taux standardisés de patients hospitalisés en MCO pour troubles mentaux, 2022

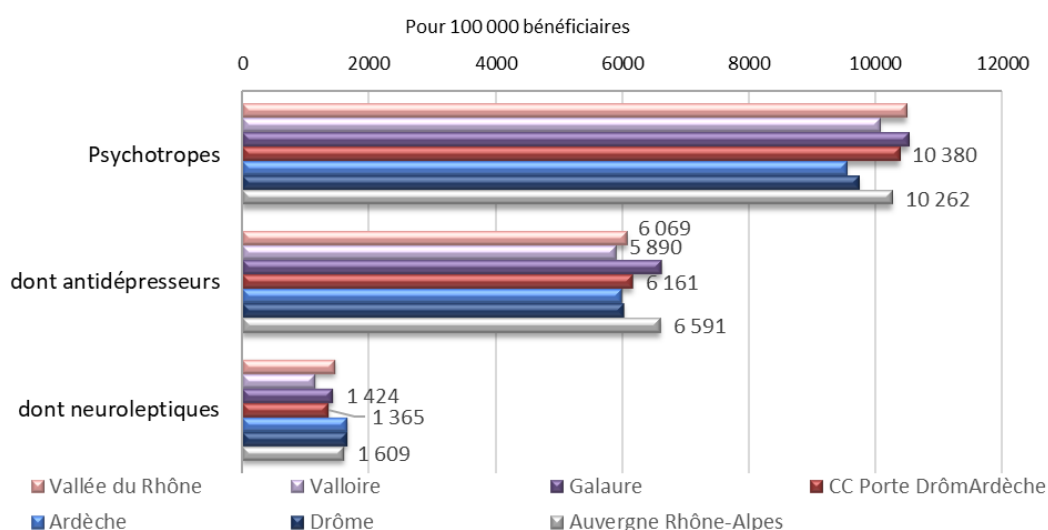


Sources : ATIH (PMSI - 2022), Insee (Recensement - 2012 et 2020), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les données concernant les traitements médicamenteux, mettent en lumière des taux de patients sous traitement régulier de psychotropes comparables aux données régionales dans l'ensemble de la communauté de communes et les trois sous-territoires.

Les taux de patients sous traitement réguliers d'antidépresseurs et de neuroleptiques sont globalement plus faibles dans le territoire d'étude qu'en Auvergne-Rhône-Alpes.

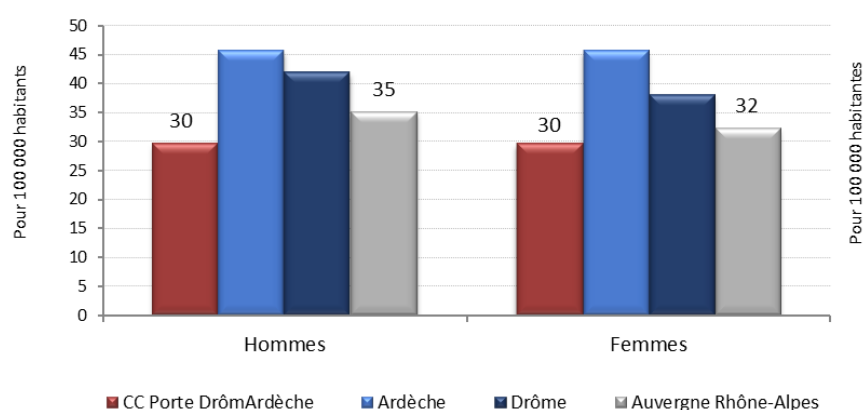
Taux de patients sous traitement régulier de psychotropes, 2022



Sources : Cnam (SNDS DCIR - 2022), Cnam (SNIIRAM DCIR/PMSI MCO – 2020-2022), Insee Recensement (2012)

Sur la période 2017-2021, 16 décès par troubles mentaux sont enregistrés en Porte de DrômArdèche, soit un taux de mortalité proche du niveau régional (30 pour 100 000 contre 34 pour 100 000).

Taux standardisés annuels moyens de mortalité par troubles mentaux, 2017-2021

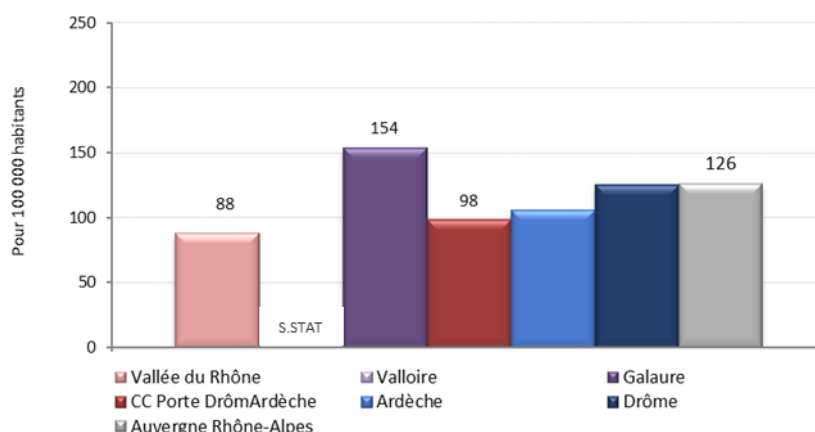


Sources : Inserm CépiDc (BCMD – 2017-2021), Insee (Recensement – 2019 et 2012), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

3.6.2 Les données relatives au suicide

En 2022, 46 séjours hospitaliers pour tentative de suicide en médecine chirurgie obstétrique sont dénombrés en Porte de DrômArdèche dont les trois-quarts concernent des femmes. Le taux de séjours hospitaliers pour tentative de suicide s'élève ainsi à 98 pour 100 000 habitants dans le territoire, un taux comparable à celui observé en région.

Taux standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, 2022



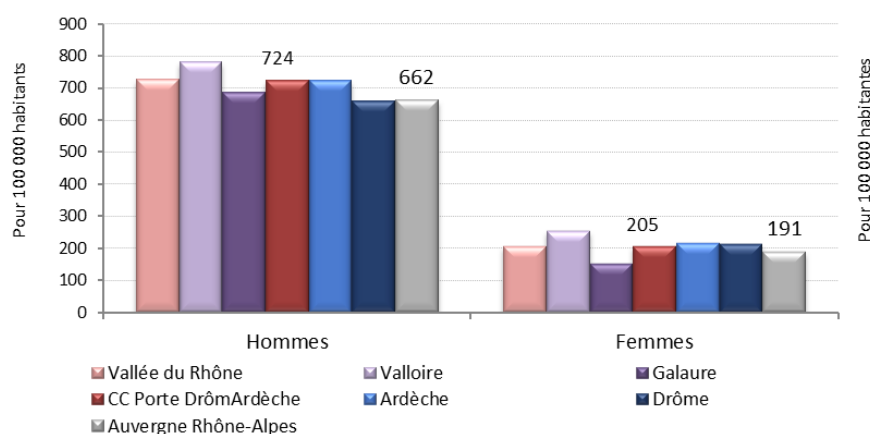
Sources : ATIH (PMSI - 2022), Insee (Recensement - 2012 et 2020), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Sur la période 2017-2021, moins de 10 décès par suicide sont enregistrés en moyenne, chaque année en Porte de DrômArdèche.

3.7 Les pathologies liées à l'alcool

En 2022, 217 patients, dont 77 % d'hommes domiciliés dans le territoire, ont été hospitalisés pour pathologies liées à l'alcool, soit un taux comparable à la région tant chez les hommes que chez les femmes.

Taux standardisés de patients hospitalisés pour pathologies liées à l'alcool, 2022



Sources : ATIH (PMSI - 2022), Insee (Recensement - 2012 et 2020), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Sur la période 2017-2021, 10 décès par pathologies liées à l'alcool ont été enregistrés en moyenne chaque année dans la communauté de communes.

4 Santé des personnes âgées

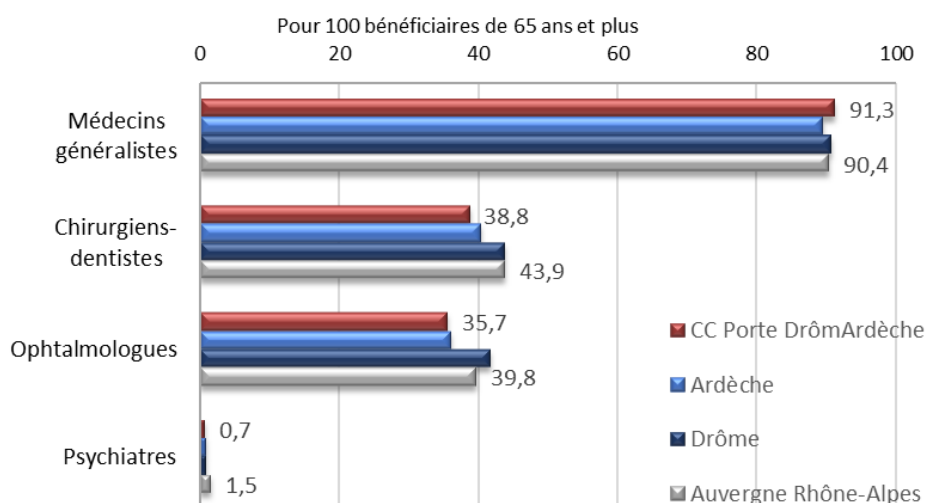
4.1 Recours aux soins et à la prévention

4.1.1 Recours aux professionnels de santé en médecine de ville

En Porte de DrômArdèche, le niveau recours des personnes âgées de 65 ans et plus aux médecins généralistes (91,3 %) est comparable au niveau régional (90,4 %) mais un recours plus faible aux chirurgiens-dentistes et médecins spécialistes (en accès direct) est observé.

En 2022, 38,8 % des assurés sociaux de 65 ans et plus du territoire ont consulté au moins une fois dans l'année un chirurgien-dentiste, un taux de recours de cinq points inférieur à celui observé en Auvergne-Rhône-Alpes.

Taux standardisés de recours aux professionnels de santé en médecine de ville chez les 65 ans et plus, 2022

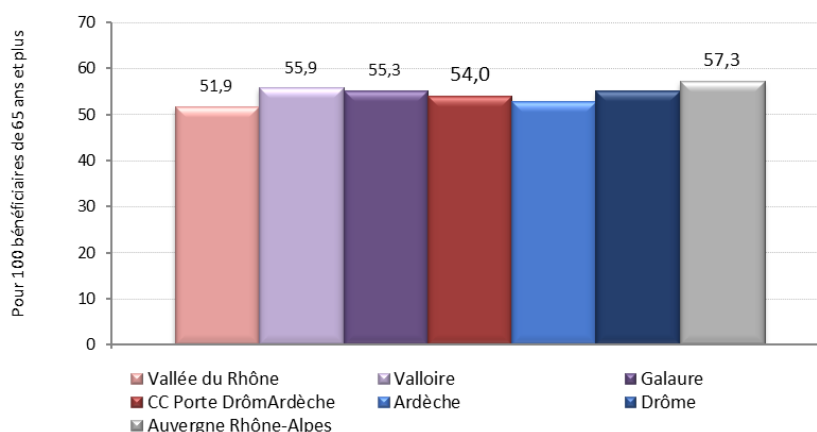


Sources : Cnam (SNDS DCIR - 2022), Cnam (SNIIRAM DCIR/PMSI MCO – 2020-2022), Insee Recensement (2012)

4.1.2 Vaccination antigrippale

En 2022, dans la communauté de communes 54,0 % des assurés sociaux de 65 ans et plus ont bénéficié d'un vaccin antigrippal, soit une couverture vaccinale plus faible (- 3,3 points) qu'en Auvergne-Rhône-Alpes. Dans le sous-territoire Vallée du Rhône, le taux de couverture vaccinale est un peu plus faible (51,9 %).

Taux standardisés de vaccination antigrippale chez les 65 ans et plus, 2022



Sources : Cnam (SNDS DCIR - 2022), Cnam (SNIIRAM DCIR/PMSI MCO – 2020-2022), Insee Recensement (2012)

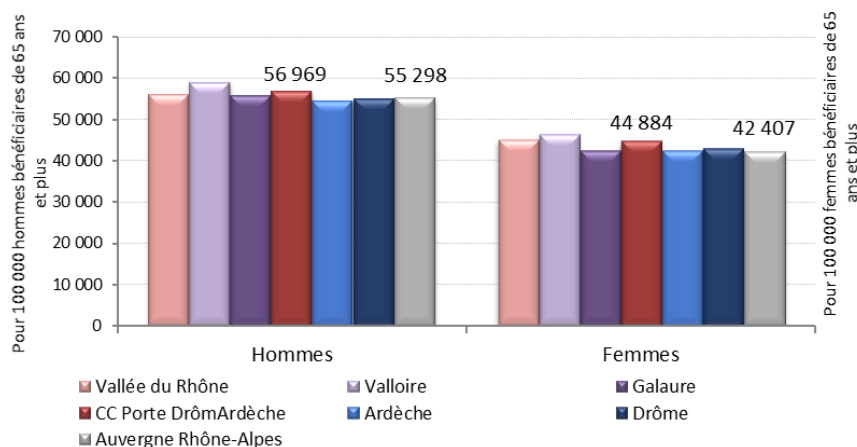
4.2 État de santé

Différentes données sont présentées afin d'appréhender l'état de santé des personnes âgées de 65 ans et plus : la prévalence des affections de longue durée (ALD), les hospitalisations en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), le recours aux soins spécialisés en psychiatrie, les consommations médicamenteuses et la mortalité.

4.2.1 Les Affections de longue durée (ALD)

En 2022, 5 296 assurés sociaux de 65 ans et plus bénéficient d'une ALD au titre d'une maladie chronique ou d'une affection nécessitant des traitements prolongés et coûteux. Chez les femmes de Porte de DrômArdèche un taux de bénéficiaires d'ALD supérieur au taux régional est observé. Chez les hommes, ce taux est comparable aux valeurs régionales.

Taux standardisés de bénéficiaires d'ALD, tous motifs confondus chez les 65 ans et plus, 2022

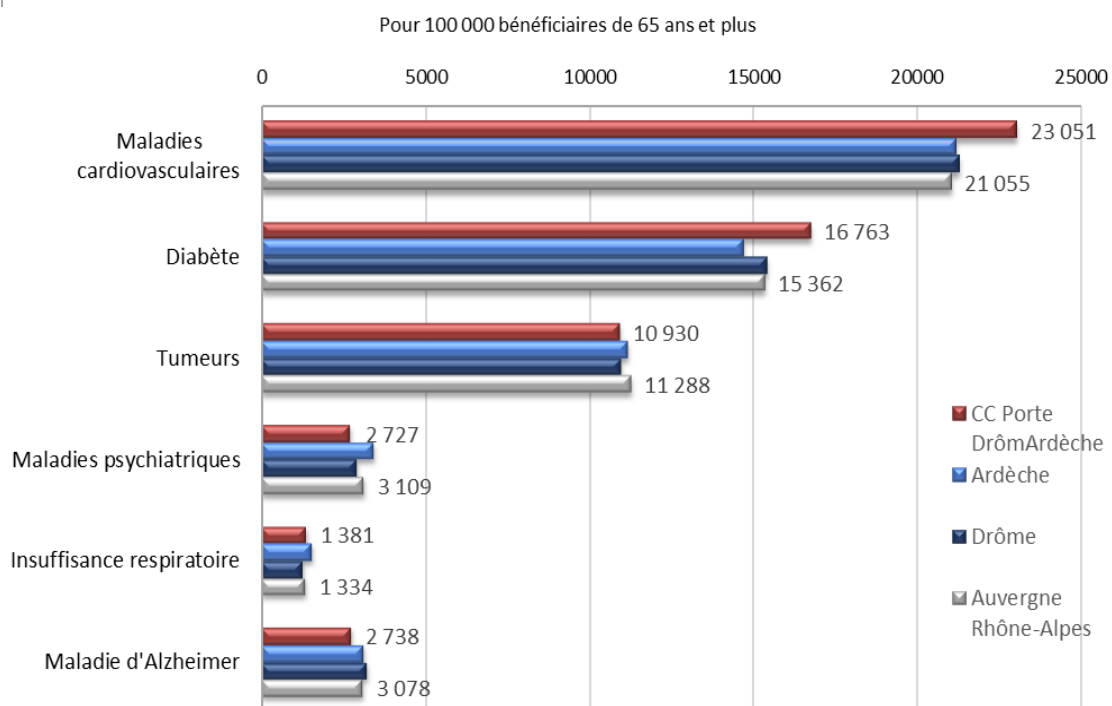


Sources : Cnam (SNDS référentiel médicalisé - 31/12/2022), Cnam (SNDS DCIR/PMSI MCO - 2020-2022), Insee (Recensement - 2012)

Parmi les principaux motifs d'ALD, des taux de prévalence plus élevés qu'en région sont enregistrés dans le territoire (chez les personnes âgées de 65 ans et plus) pour les maladies cardiovasculaires et le diabète.

Pour les autres grands motifs, des taux comparables ou inférieurs aux taux régionaux sont observés.

Taux standardisés de bénéficiaires d'ALD pour les principaux motifs chez les 65 ans et plus, 2022



Sources : Cnam (SNDS référentiel médicalisé - 31/12/2022), Cnam (SNDS DCIR/PMSI MCO - 2020-2022), Insee (Recensement - 2012)

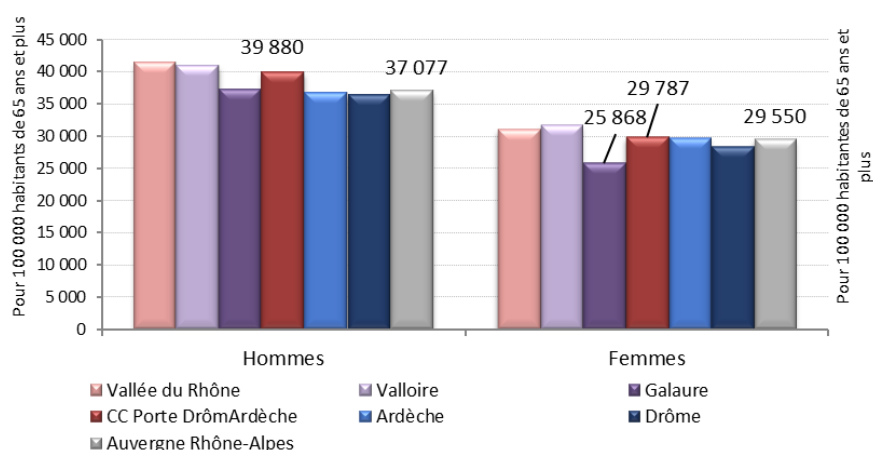
4.2.2 Les hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

En 2022, 3 279 habitants de 65 ans et plus ont été hospitalisés en médecine, chirurgie, obstétrique.

Le taux de patients hospitalisés en MCO (parmi les habitants âgés de 65 ans et plus) est relativement élevé en Vallée du Rhône et en Valloire par rapport à la région, en particulier chez les hommes.

La Galaure présente pour sa part un taux de patients hospitalisés en MCO, comparable au niveau régional chez les hommes et plus faible qu'en région chez les femmes.

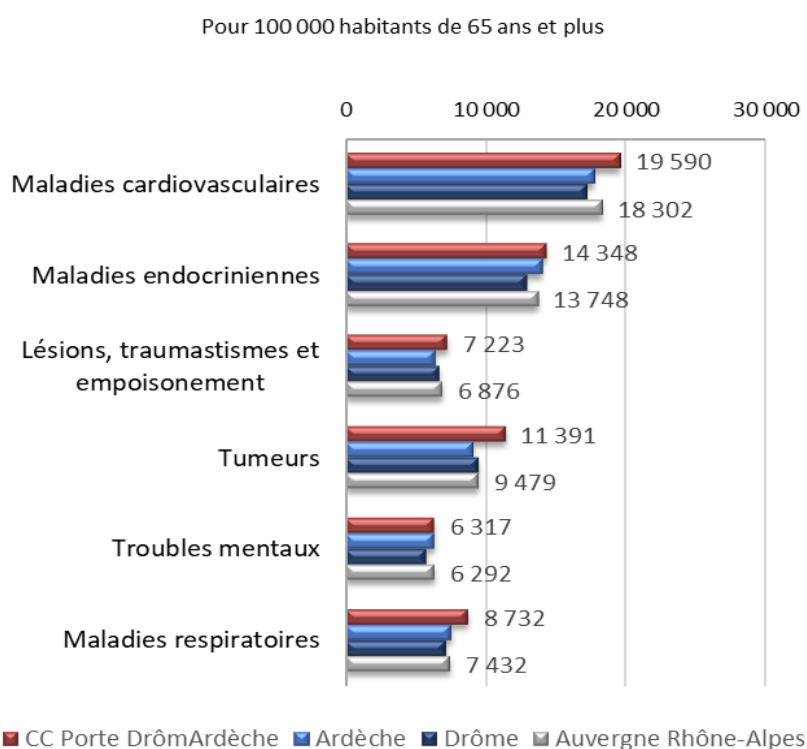
Taux standardisés de patients hospitalisés en MCO (tous motifs), 2022



Sources : ATIH (PMSI - 2022), Insee (Recensement - 2020 et 2012)

L'analyse des données d'hospitalisation par grands motifs, montre chez les hommes de 65 ans et plus du territoire, des taux de patients hospitalisés pour tumeurs et maladies respiratoires plus élevés par rapport à la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Taux standardisés de patients hospitalisés en MCO par grand motif chez les hommes de 65 ans et plus, 2022

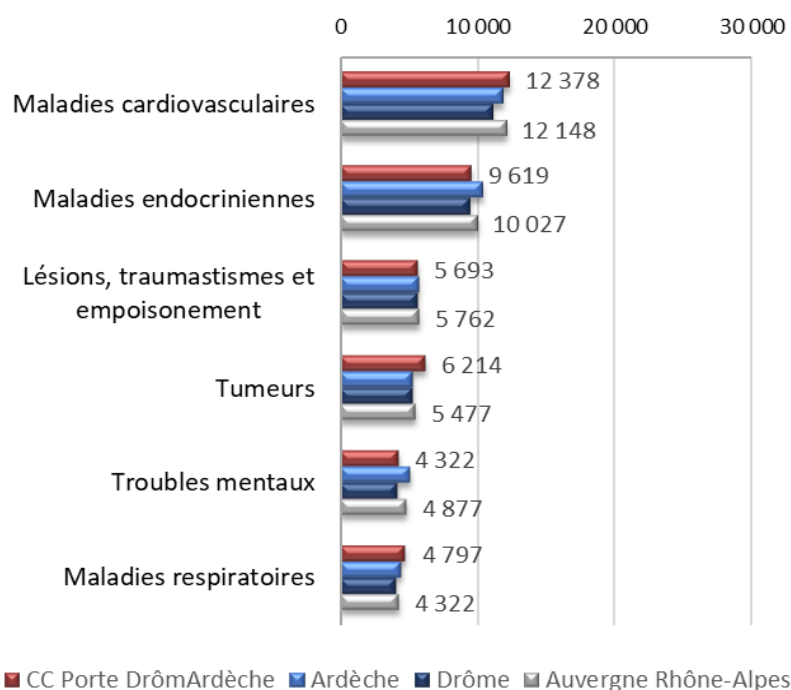


Sources : ATIH (PMSI - 2022), Insee (Recensement - 2020 et 2012)

Chez les femmes, le taux de patientes hospitalisées pour tumeurs est également supérieur au taux régional. Pour les autres grands motifs d'hospitalisation, des taux comparables au niveau régional sont enregistrés.

Taux standardisés de patients hospitalisés en MCO par grand motif chez les femmes de 65 ans et plus, 2022

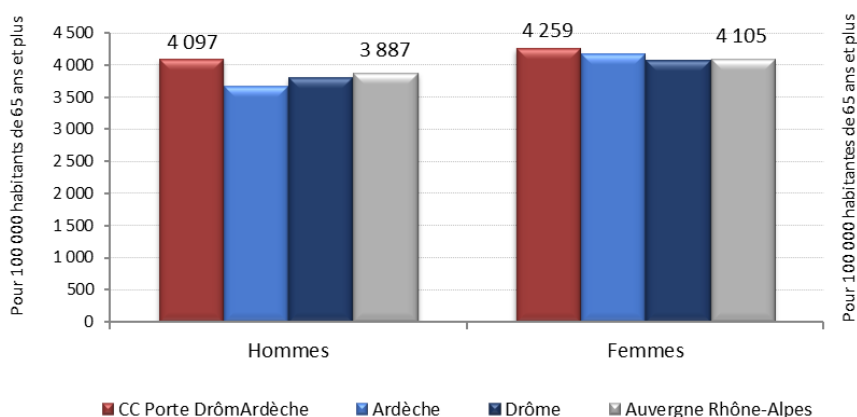
Pour 100 000 habitantes de 65 ans et plus



Sources : ATIH (PMSI - 2022), Insee (Recensement – 2020 et 2012)

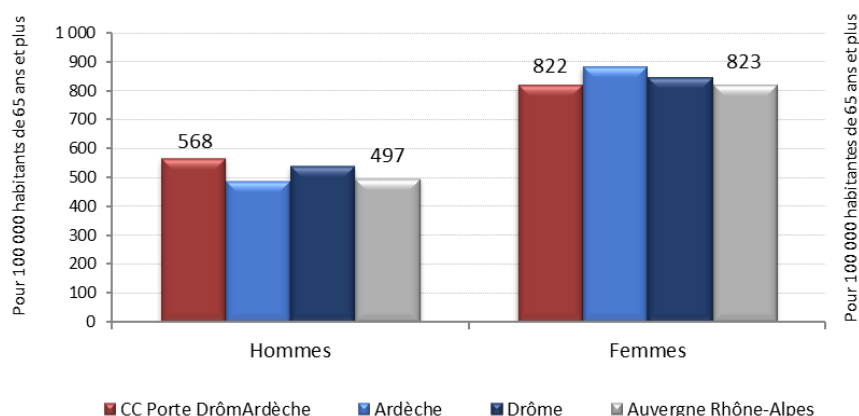
L'analyse des données d'hospitalisation pour les traumatismes ne met pas en lumière de différence avec les données régionales. En 2022, 399 patients de 65 ans et plus domiciliés dans le territoire ont été hospitalisés pour traumatisme dont 68 pour fracture du fémur.

Taux standardisés de patients hospitalisés pour traumatismes chez les 65 ans et plus, 2022



Sources : ATIH (PMSI - 2022), Insee (Recensement – 2020 et 2012)

Taux standardisés de patients hospitalisés pour fracture du fémur chez les 65 ans et plus, 2022



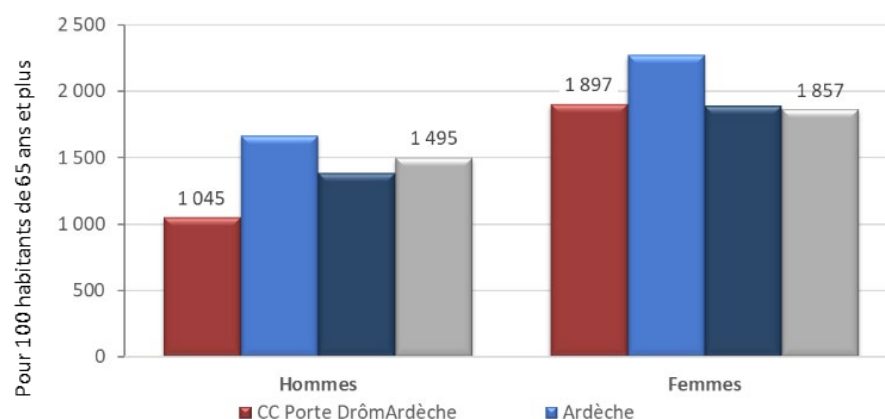
Sources : ATIH (PMSI - 2022), Insee (Recensement – 2020 et 2012)

4.2.3 Prises en charge en établissement de psychiatrie

En 2022, 148 habitants de 65 ans et plus de la communauté de communes (dont 45 hommes) ont été pris en charge en établissement de psychiatrie, en ambulatoire exclusivement.

Les hommes de 65 ans et plus du territoire présentent un taux de prise en charge en établissement de psychiatrie plus faible qu'en Auvergne-Rhône-Alpes (respectivement 1 045 et 1 495 pour 100 000). Les femmes du territoire enregistrent quant à elles, un taux proche du niveau régional.

Taux standardisés de patients de 65 ans et plus pris en charge en établissement de psychiatrie, en ambulatoire exclusif, 2022

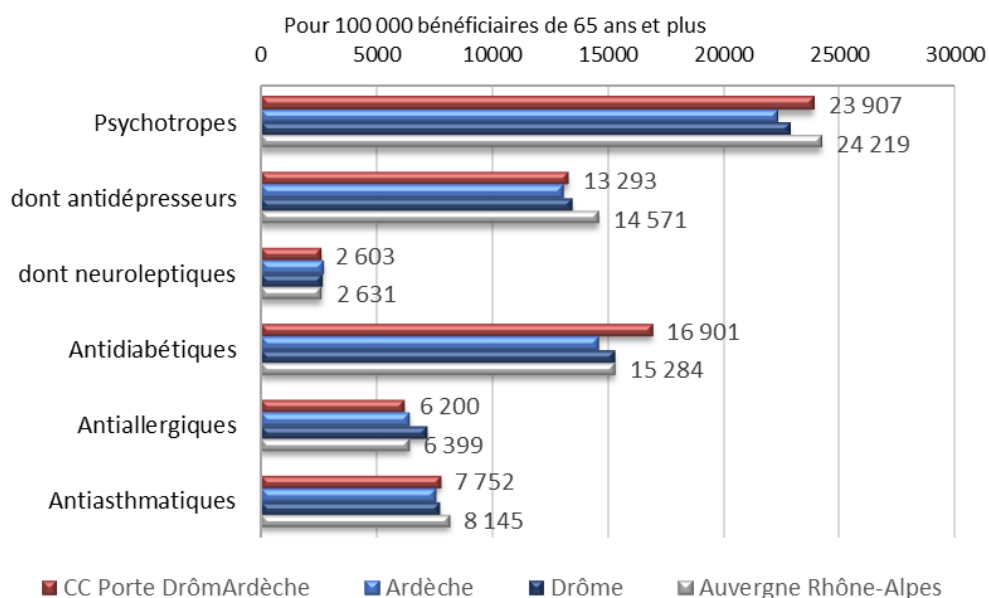


Sources : ATIH (RIM-P - 2022), Insee (Recensement – 2020 et 2012)

4.2.4 Traitements médicamenteux

Parmi les grandes classes de médicaments, le territoire se démarque, par un taux de patient de 65 ans et plus sous traitement régulier d'antidiabétique plus élevé qu'en région et à l'inverse un taux plus faible pour les antidépresseurs.

Taux standardisés de patients sous traitement régulier chez les 65 ans et plus, 2022

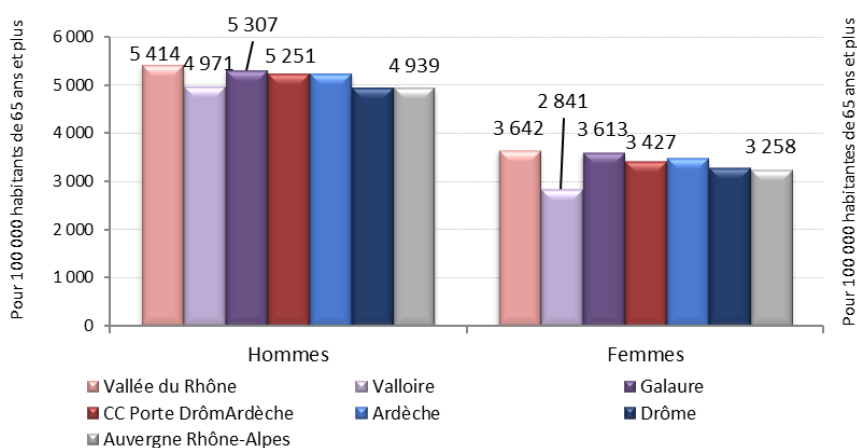


Sources : Cnam (SNDS DCIR - 2022), Cnam (SNIIRAM DCIR/PMSI MCO – 2020-2022), Insee Recensement (2012)

4.2.5 Mortalité

Sur la période 2017-2021, 394 décès d'habitants de 65 ans et plus est enregistré, en moyenne chaque année, en Porte de DrômArdèche, soit un taux de 4 194 pour 100 000 (pour les deux sexes confondus) très légèrement supérieur au taux régional (3 931 pour 100 000).

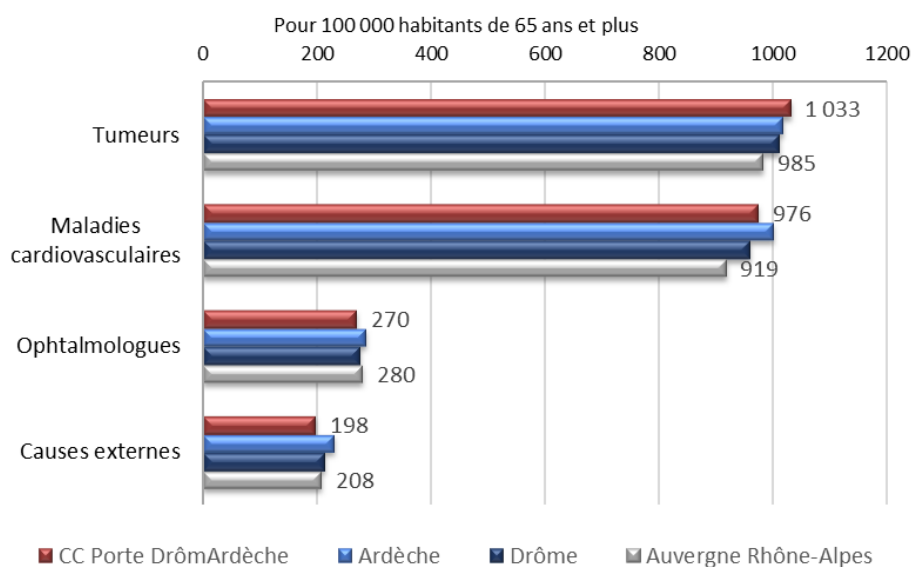
Taux standardisés annuels moyens de mortalité chez les 65 ans et plus, 2017-2021



Sources : Inserm CépiDc (BCMD – 2017-2021), Insee (Recensement – 2019 et 2012)

L'analyse des grandes causes de mortalité ne permet pas d'observer de différence significative entre les données du territoire et celles de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Taux standardisés annuels moyens de mortalité par grande causes chez les 65 ans et plus, 2017-2021



Sources : Inserm CépiDc (BCMD – 2017-2021, Insee (Recensement – 2019 et 2012)

5 Données santé-environnement

L'environnement est un déterminant important de la santé humaine, à travers différents facteurs. La qualité de l'air que nous respirons, les lieux dans lesquels nous vivons, l'eau que nous buvons, les aliments que nous mangeons, les objets que nous utilisons ou le bruit que nous subissons sont autant de facteurs qui influencent notre santé de manière positive ou négative. Ils agissent sur le corps humain à travers les voies respiratoires, le système digestif, la peau et les organes des sens (olfactif, visuel et auditif). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que les problèmes liés à l'environnement sont la cause de 24 % des maladies dans le monde et 23 % du nombre total de décès sont attribuables à des facteurs environnementaux.

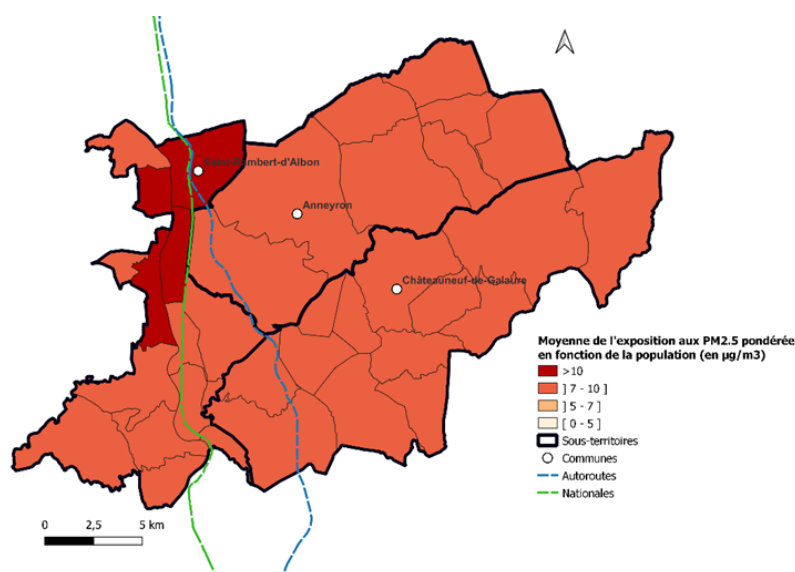
5.1 La qualité de l'air

- Les particules fines (PM_{2,5})

Même à de faibles niveaux, l'exposition aux polluants peut provoquer, le jour même ou dans les jours qui suivent, des symptômes irritatifs au niveau des yeux, du nez et de la gorge mais peut également aggraver des pathologies respiratoires chroniques (asthme, bronchite...) ou favoriser la survenue d'un infarctus du myocarde, voire provoquer le décès. Les particules PM₁₀ ont un diamètre inférieur à 10 micromètres (10µm) et les PM_{2,5} ont un diamètre inférieur à 2,5 micromètres (2,5µm). Les sources principales sont le résidentiel tertiaire (chauffage au bois), les activités économiques (industrielles et agricoles) et les transports. Plus les particules sont fines, plus elles pénètrent profondément dans les voies respiratoires. Les particules PM_{2,5} ont ainsi un impact sanitaire plus important que les particules PM₁₀. Elles peuvent irriter et altérer la fonction respiratoire. Certaines particules ont des propriétés mutagènes et cancérogènes du fait de leur propension à absorber des polluants et les métaux lourds. De nombreuses études montrent un rôle de la pollution atmosphérique sur la perte d'espérance de vie et la mortalité, mais également sur le développement de maladies cardiovasculaires, de maladies respiratoires et du cancer du poumon. Ainsi, 6 à 11 % des décès par cancer du poumon seraient attribuables à l'exposition chronique aux particules fines.

À l'échelle de la région Auvergne-Rhône-Alpes, la pollution aux particules fines serait responsable de 4 300 décès (soit 7 % de la mortalité annuelle).

Exposition moyenne aux PM_{2,5}, 2019-2021



Source : Atmo Auvergne-Rhône-Alpes (2019 et 2021) - l'année 2020, non représentative pour cause de COVID, a été exclue) - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes – 2024

Depuis 2021, l'OMS recommande un seuil d'exposition aux PM_{2,5} de 5 g/m³ en moyenne sur une année. D'autres seuils sont à considérer, comme l'objectif de qualité en France qui est fixé à 10 g/m³, la valeur cible pour la protection de la santé humaine à 20 g/m³ et la valeur limite (de 2015) à 25 g/m³.

De manière générale, sur le territoire, les valeurs d'exposition aux PM_{2,5} sont **supérieures** au seuil recommandé par l'OMS en 2021, mais respectent l'objectif de qualité en France¹⁶ sauf pour les communes de Saint-Rambert-d'Albon, Champagne, Andancette et Andance.

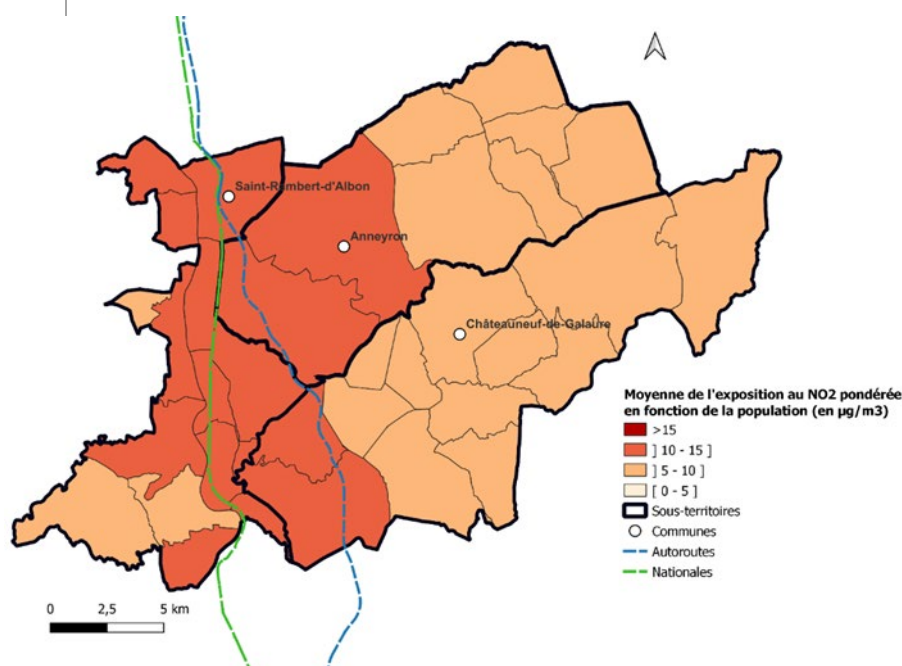
5.2 Le dioxyde d'azote (NO₂)

Depuis 2021, l'OMS recommande un seuil d'exposition au NO₂ de 10 g/m³ en moyenne sur une année. L'objectif de qualité en France est fixé à 40 µg/m³.

De manière générale, le territoire est relativement préservé de l'exposition au NO₂ comparativement à des zones plus urbanisées de la région. Il n'en reste pas moins qu'il faut rester vigilant afin de rester proche des recommandations faites par l'OMS, notamment sur les communes proches de l'A7 et de la N7.

¹⁶ Voir : https://www.ecologie.gouv.fr/sites/default/files/01_Tableau-Normes-Seuils%20r%C3%A9glementaires.pdf

Exposition moyenne au NO₂, 2021



Source : Atmo Auvergne-Rhône-Alpes (2021) ; Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes – 2024

Les sources d'émissions au NO₂ sont le trafic routier, le secteur résidentiel...

5.3 Les pollens

D'après l'Organisation mondiale de la santé, les allergies respiratoires sont à la 4^{ème} place des maladies chroniques et une personne sur 4 serait concernée par l'allergie respiratoire. Le nombre de personnes atteintes par cette allergie saisonnière augmente depuis plusieurs années. L'allergie respiratoire a un impact non négligeable sur la qualité de vie des personnes allergiques (concentration, vigilance, sommeil, etc.) et sur les dépenses de santé (consommation médicamenteuse, arrêt de travail, etc.).

Le pollen est un petit grain de poussière, le plus souvent jaune, libéré par les anthères des étamines (partie mâle de la plante) et qui se dépose sur le pistil pour féconder la plante (partie femelle). Le pollen des plantes est transporté principalement de deux manières : par les insectes (abeilles, etc.) en disséminant des quantités relativement faibles, par le vent, les émissions de pollens se font alors en plus grande quantité pour qu'il y ait une chance d'atteindre une autre fleur de la même espèce. Ce sont ces pollens qui sont responsables de la plupart des allergies.

Il existe plusieurs types de végétaux allergisants : les arbres (aulne, bouleau, cyprès, frêne, olivier, noisetier, etc.) les herbacées (graminées (dactyle, fléole, flouve, fromental, ray-grass, vulpin, etc.), ambroisie, armoise, plantain, etc.).

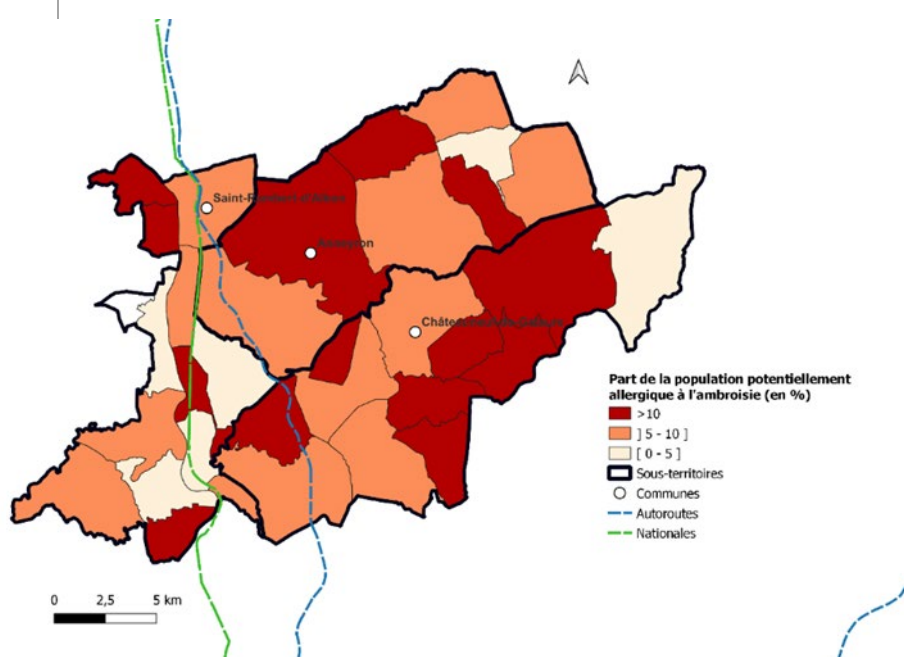
Le potentiel allergisant (PA) établi par le conseil scientifique du Réseau national de surveillance aérobiologique (RNSA), basé sur les comptes rendus des allergologues et une recherche bibliographique, exprime la capacité du pollen d'une espèce à provoquer une allergie pour une partie de la population. Il est établi sur une échelle de trois niveaux : faible/négligeable, modéré et fort. Le

risque d'allergie lié à l'exposition aux pollens (RAEP) établi par le conseil scientifique du RNSA sur la base des données cliniques recueillies par le RNSA, correspond au niveau de risque engendré par la quantité de pollens, en fonction du potentiel allergisant de l'espèce concernée et de la localisation géographique du prélèvement. Un risque prévisionnel est possible en tenant compte des informations phénologiques, cliniques et météorologiques.

- L'ambroisie

L'ambroisie est une plante annuelle invasive, émission de pollens en août et septembre, au fort pouvoir allergisant. La région Auvergne-Rhône-Alpes est la plus touchée en France par la prolifération de l'ambroisie. Elle provoque des symptômes au niveau de l'appareil respiratoire chez les personnes sensibles (rhinite, conjonctivite, asthme, etc.).

Population potentiellement allergique à l'ambroisie, 2021



Source : Cnam (SNDS DCIR) (2021) ; Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes – 2024

Excepté dans quelques communes, la part de la population potentiellement allergique sur le territoire de Porte de DrômArdèche est supérieure à la valeur régionale (10 %).

5.4 Eau distribuée

L'eau destinée à la consommation humaine constitue un enjeu majeur de santé publique. En effet, les usages sanitaires que sont l'eau de boisson, le lavage, la cuisson ou la préparation des aliments, la toilette corporelle, le lavage de la vaisselle, du linge, etc. représentent 150 à 200 litres par habitant et par jour¹⁷.

¹⁷ ARS Auvergne-Rhône-Alpes

La protection de la santé publique contre les risques d'origine hydrique impose des règles strictes de moyens et de résultats pour ce qui concerne la production et la distribution de l'eau jusqu'au robinet du consommateur.

Trois paramètres sont surveillés pour rendre compte de la qualité de l'eau distribué.

5.4.1 Part de la population alimentée par de l'eau de bonne qualité bactériologique

Sur le territoire, sur la période 2019-2021, la part de la population alimentée par de l'eau de bonne qualité bactériologique était de **98,74 %**. L'ensemble des communes présente un taux de conformité de 100 % excepté la commune de Châteauneuf-de-Galaure avec un taux de 67,56 %.

Impact sur l'environnement et la santé : Est présenté ici la part de la population alimentée par une eau présentant un taux de conformité des résultats des analyses du contrôle sanitaire supérieur ou égal à 90 % pour la microbiologie (entérocoques et E. coli). Les organismes pathogènes transmis par l'eau provoquent généralement des diarrhées et des gastro-entérites, mais aussi parfois des maladies dangereuses comme le choléra ou la salmonellose. La transmission à l'homme se fait par ingestion (lors de l'alimentation ou d'une baignade) ou à travers des blessures de la peau en contact avec de l'eau contaminée.

5.4.2 Part de la population alimentée par de l'eau respectant en permanence les limites de qualité pour les nitrates

Sur le territoire, sur la période 2019-2021, la part de la population alimentée par de l'eau respectant en permanence les limites de qualité pour les nitrates était de **100 %**.

- **Précisions :** La donnée présentée ne concerne que les réseaux de distribution d'eau publics.
- **Méthode de calcul :** Le nombre d'habitants de chaque commune alimentée par de l'eau respectant en permanence les limites de qualité (50 mg/l) pour le paramètre nitrates est divisé par le nombre d'habitants de la commune alimentés en eau par un réseau de distribution public.
- **Impact sur l'environnement et la santé :** Les nitrates tiennent une place importante dans le cycle naturel de l'azote qui concerne toutes les plantes et les animaux. Mais aujourd'hui, il arrive parfois que la nature ne parvienne plus à en éliminer l'apport excessif lié aux activités humaines : rejets urbains, industriels et surtout agriculture et élevage intensif. Le nitrate en lui-même n'est pas toxique. C'est la transformation des nitrates en nitrites qui peut, potentiellement, avoir un impact négatif sur la santé. Dans le sang, la présence de ces nitrites peut en effet provoquer la formation de « méthémoglobine », une forme d'hémoglobine incapable de transporter l'oxygène. Chez l'adulte sain, l'acidité gastrique réduit le développement de la flore bactérienne et donc la formation de nitrites.

5.4.3 Part de la population alimentée par de l'eau respectant en permanence les limites de qualité pour les pesticides

Sur le territoire, 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 était de **69,05 %**.

La cartographie ci-dessous montre que plusieurs communes à l'est du territoire présentent des taux de conformité inférieur à 25%.

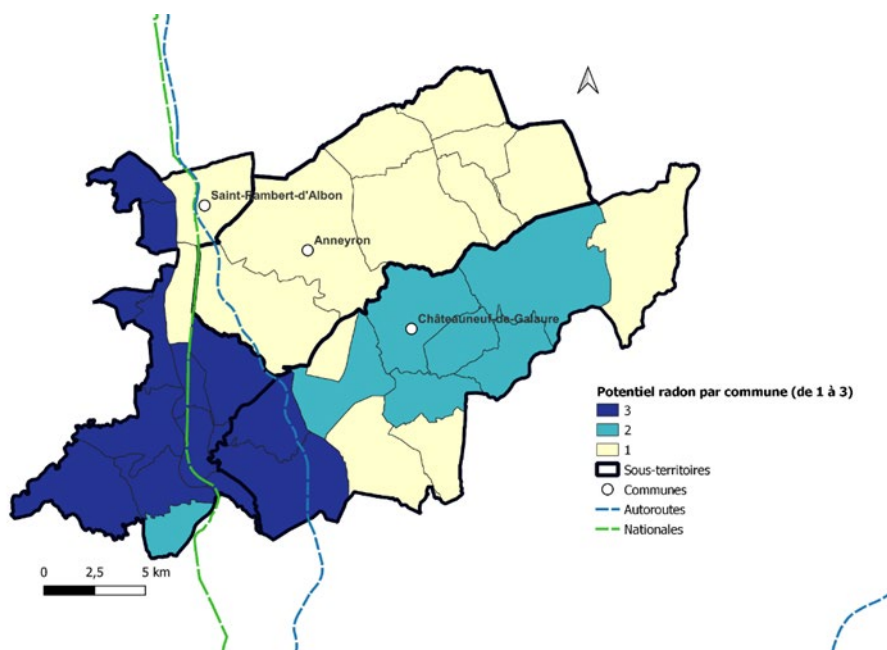
- **Pour le territoire** : La part de la population alimentée par de l'eau respectant en permanence les limites de qualité pour les pesticides est de 0 % dans 9 communes. Cela témoigne d'une forte pression phytosanitaire sur cette zone du territoire.
- **Précisions** : La donnée présentée ne concerne que les réseaux de distribution d'eau publics.
- **Méthode de calcul** : Le nombre d'habitants de chaque commune alimentée par de l'eau respectant en permanence les limites de qualité (0,1 µg/l) pour le paramètre pesticide est divisé par le nombre d'habitants de la commune alimentés en eau par un réseau de distribution public.
- **Impact sur l'environnement et la santé** : Concernant les effets chroniques, des études épidémiologiques ont mis en évidence des liens entre l'exposition aux pesticides et le risque d'apparition de pathologies cancéreuses, neurologiques ou encore de troubles de la reproduction, en particulier en milieu professionnel. Certains pesticides possèdent aussi des effets perturbateurs endocriniens, qui ne dépendent pas de la dose (c'est-à-dire que même des expositions à des faibles doses peuvent engendrer un effet).

5.5 Radon

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.

En se désintégrant, le radon forme des descendants solides, eux-mêmes radioactifs. Ces descendants peuvent se fixer sur les aérosols de l'air et, une fois inhalés, se déposer le long des voies respiratoires en provoquant leur irradiation. On estime que le radon est responsable de 3 à 14 % des cancers du poumon. Le tabagisme est un facteur aggravant.

Potentiel radon, 2018



Source : Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN) ; Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes – 2024

Le secteur de la Vallée du Rhône est le plus impacté, avec un potentiel radon de 3 (le niveau le plus élevé) sur la majorité des communes de ce sous-territoire.

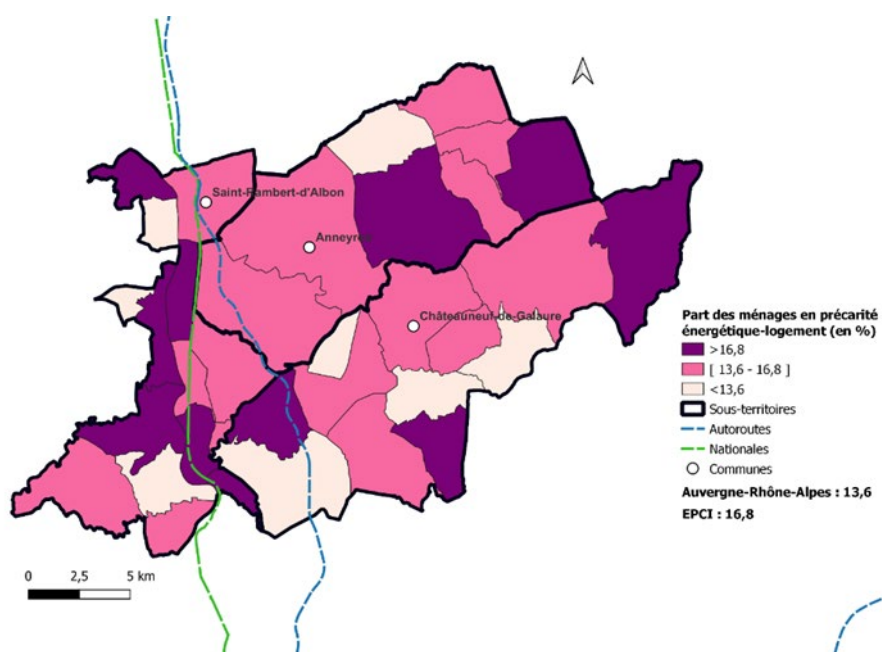
5.6 Précarité énergétique

Le modèle GÉODIP développé par l'Observatoire national de la précarité énergétique (ONPE) permet d'estimer, pour un territoire donné la part de ménages en situation de précarité énergétique à travers le croisement de plusieurs paramètres. En particulier, l'outil calcule les indicateurs de taux d'effort énergétique (TEE) à partir des revenus des ménages, de la consommation et de la facture énergétique des logements.

La part des ménages en situation de précarité énergétique est estimée à travers la part des ménages sous le 3^{ème} décile de revenu, dont les dépenses énergétiques pour le logement (chauffage, eau chaude, électricité) sont supérieures à 8 % des revenus totaux.

L'effet principal de la précarité énergétique est l'exposition des occupants au froid. Elle peut être à l'origine de surmortalité en saison hivernale. Des effets indirects potentiels sont également décrits tels que : l'utilisation de chauffages d'appoint, 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. L'humidité de certains logements favorise également le développement de moisissures potentiellement dangereuses pour la santé (principalement respiratoire).

Ménages en précarité énergétique, 2021



Source : Géodip – ONPE- 2021. Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes – 2024

La part des ménages en précarité énergétique-logement est **plus importante** qu'en région (13,6 %) sur la quasi-totalité des communes du territoire. La répartition des communes dépassant la valeur moyenne de l'EPCI (**16,8%**) concerne l'ensemble des sous-territoire.

5.7 Bruit

Les sources de nuisances sonores sont nombreuses : infrastructures de transports, activités économiques, nuisances de voisinage.

Le bruit induit deux types d'effets sur la santé : des effets auditifs (lésions auditives) et des effets extra-auditifs qui peuvent être immédiats (perturbations du sommeil, gêne) ou à plus long terme (pathologies cardiovasculaires, pathologies psychiatriques ou psychosomatiques, troubles de l'apprentissage scolaire)¹⁸. Compte tenu de leur niveau d'émission, les infrastructures de transports sont essentiellement à l'origine d'effets extra-auditifs, quantifiables pour des niveaux d'exposition même relativement faibles (> 50 dB(A)).

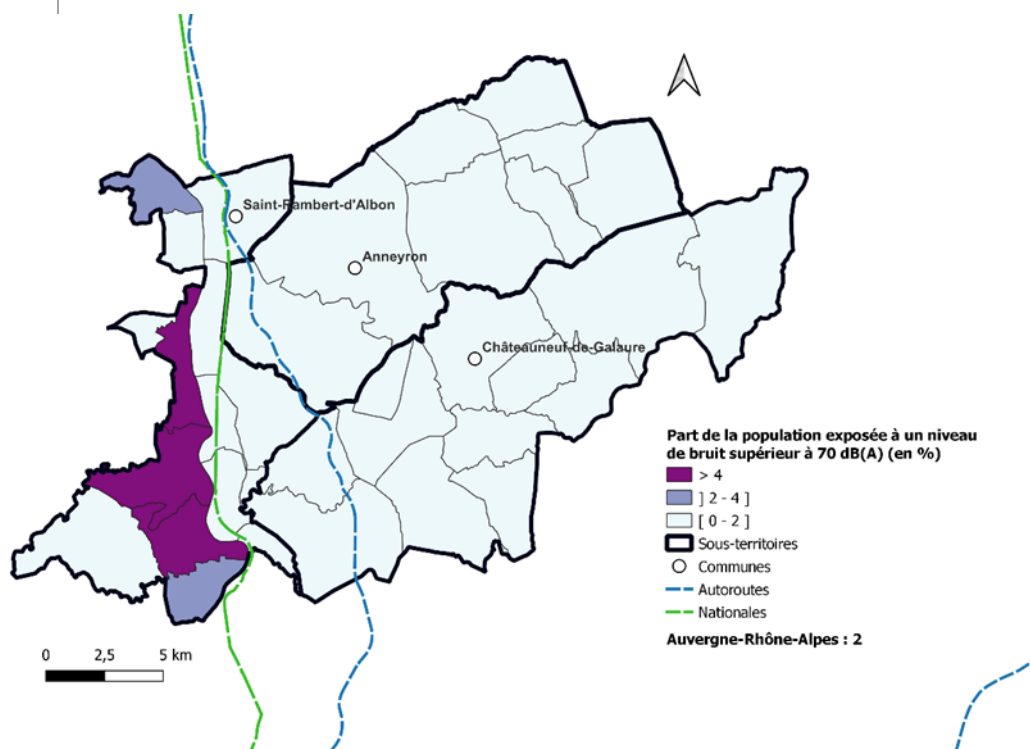
Selon l'Organisation mondiale de la santé, le bruit représente le second facteur environnemental provoquant le plus de dommages sanitaires en Europe¹⁹ derrière la pollution atmosphérique : environ 20 % de la population européenne (soit plus de 100 millions de personnes) se trouve ainsi exposée de manière chronique à des niveaux de bruit préjudiciables à la santé humaine. Le coût social total du bruit est estimé en France à 147,1 milliards d'euros chaque année, sur la base des données et études existantes²⁰.

¹⁸ ANSES, <https://www.anses.fr/fr/content/impacts-sanitaires-du-bruit>

¹⁹ OMS, 2018. Lignes directrices relatives au bruit dans l'environnement dans la Région européenne

²⁰ ADEME, I CARE & CONSULT, et al. 2021. Estimation du coût social du bruit en France et analyse de mesures d'évitement simultané du bruit et de la pollution de l'air.

Part de la population exposée à des niveaux de bruit supérieurs à 70 dB(A), c'est-à-dire vivant dans des zones très ou hautement dégradées.



Source : Acoucité/Cerema (2018 (Auvergne), 2020 (Rhône-Alpes)). Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes – 2024

L'indicateur « population exposée à un niveau de bruit supérieur à 70 dB(A) » correspond à la proportion de la population communale exposée dans des zones très ou hautement dégradées en termes de nuisances sonores. Les communes proches ou traversées par des infrastructures routières telles que les nationales et les départementales sont les plus exposées au bruit.

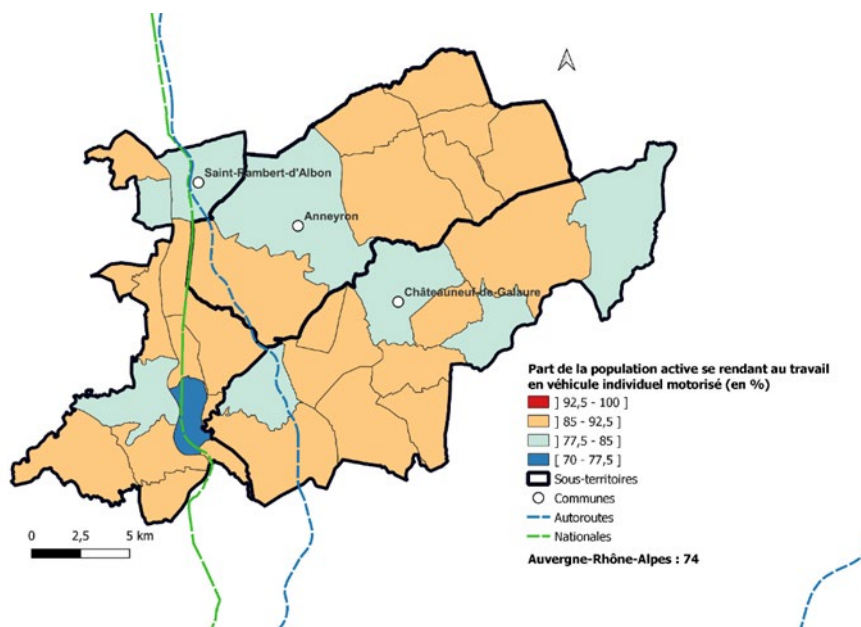
Sur le territoire les communes les plus impactées par le bruit sont Andance, Sarras et Ozon avec une part de la population exposée à des niveaux de bruit supérieurs à 70 dB(A) plus de deux fois supérieure à la valeur régionale (2 %).

5.8 Mobilités

Il est aujourd'hui scientifiquement démontré que la pratique de mobilités quotidiennes a un impact important sur la santé humaine, l'environnement et le budget des ménages. En effet, faire au moins 30 minutes d'activité physique par jour permet de prévenir de nombreuses pathologies chroniques tout en améliorant la qualité de vie, la condition physique. Par ailleurs, la réduction de l'usage de la voiture au profit du vélo ou de la marche contribue à réduire la pollution atmosphérique, les émissions de gaz à effet de serre et les nuisances sonores, à moindres coûts.

La sédentarité est l'une des quatre causes majeures de maladies chroniques²¹. De plus, depuis quelques décennies, une baisse constante de l'activité physique a été constatée parmi tous les groupes d'âge. Cette situation s'explique en grande partie par la mécanisation du travail et des tâches quotidiennes, par l'utilisation accrue des voitures, la sédentarisation du travail, et l'augmentation des loisirs inactifs (temps passé devant les écrans : télévision, ordinateur, etc.).

Population active se rendant au travail en véhicule individuel motorisé, 2019



Source : Insee (2019) ; Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes – 2024

Sur l'ensemble des communes, la part de l'usage de véhicules motorisés dans les déplacements domicile-travail est majoritaire et dépasse même les 77,5 % au sein de la totalité des communes du territoire, excepté à Saint-Vallier (75,7 %).

5.9 Climat

Les **vagues de chaleur** sont aujourd'hui **l'événement climatique extrême le plus meurtrier** en France, totalisant plus de 42 000 décès entre 1970 et 2022 dont près de 11 000 entre 2015 et 2022. En 2003, la France a enregistré près de 15 000 décès attribuables à une canicule sans précédent, avant la mise en place du plan canicule.

Dans un contexte de plus grande vulnérabilité de la population (vieillesse, maladies chroniques), le phénomène va s'amplifier.

Données Météo France, construction de l'indicateur

²¹ Organisation mondiale de la santé, Global health risks, Geneva, World Health Organization, 2009

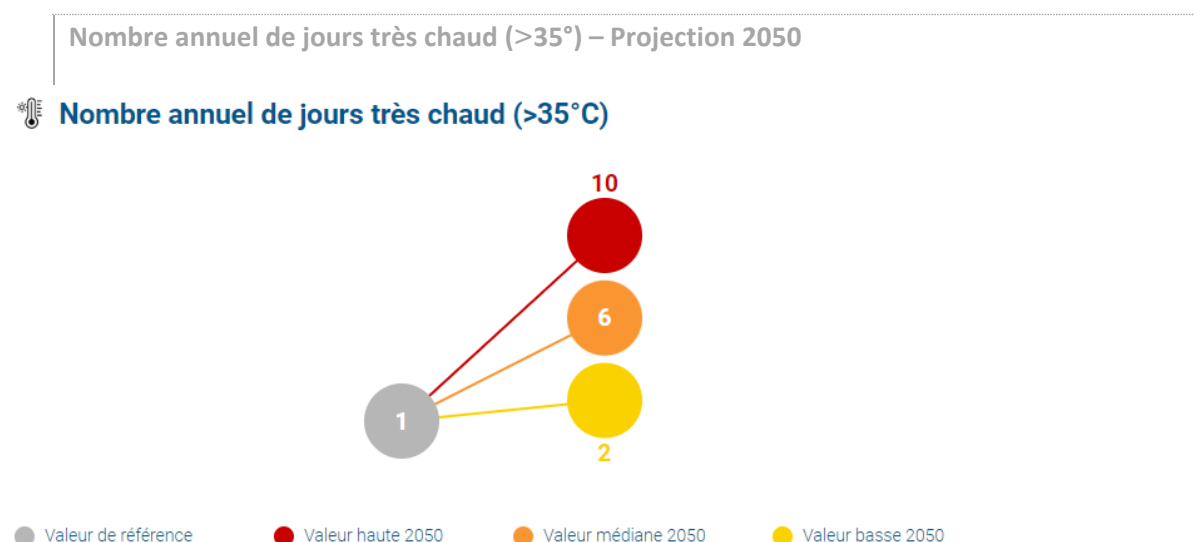
La synthèse a été élaborée à partir d'un ensemble de projections climatiques régionales, ce qui permet de décrire le champ des possibles quant à l'évolution de chaque indicateur. Chaque indicateur est présenté sous forme d'une infographie résumant de façon synthétique son évolution. Quatre valeurs de l'indicateur sont présentées :

- La valeur pour la **période de référence** (1976-2005)
- Pour le milieu du siècle : la **valeur médiane** attendue et les deux bornes **inférieure** et **supérieure** de l'intervalle de confiance à 90% pour la plupart des indicateurs

● Valeur de référence	● Valeur haute 2050	● Valeur médiane 2050	● Valeur basse 2050
Période de référence (1976-2005)	Valeur haute des projections climatiques au milieu du siècle (2041-2070)	Valeur médiane des projections climatiques au milieu du siècle (2041-2070)	Valeur basse des projections climatiques au milieu du siècle (2041-2070)

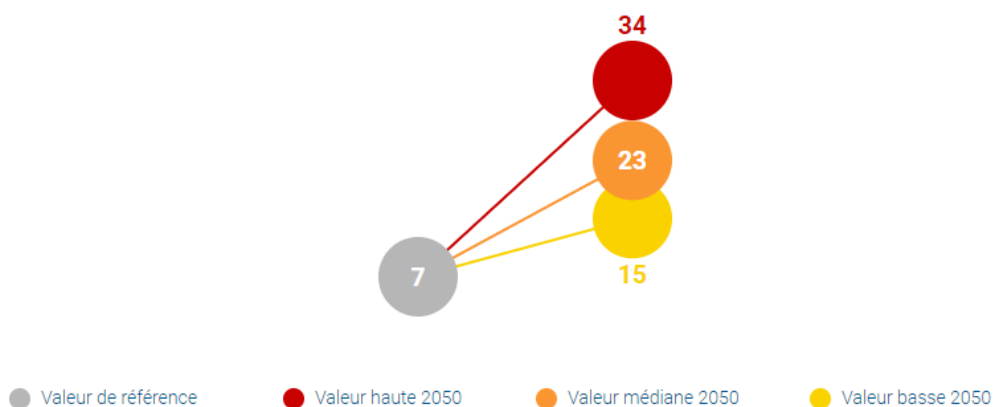
Source : Météo France- climatdiag– 2023

Les indicateurs sont calculés à partir de **projections climatiques** de référence sur la métropole (DRIAS2020). Ils ciblent l'évolution à l'horizon du milieu du siècle dans un scénario médian d'émission de gaz à effet de serre médian (RCP4.5)



Source : Météo France- climatdiag– 2023

Nombre annuel de nuits chaudes (>20°) - Projection 2050



Source : Météo France- climatdiag– 2023

6 Synthèse

Contexte socio-économique

- Le territoire de la Communauté de communes est composé de 34 communes : des communes urbaines le long de la vallée du Rhône (notamment les villes de Saint-Rambert-d'Albon et de Saint-Vallier) et de communes périurbaines, voire rurales, à mesure que l'on s'éloigne de la vallée du Rhône ;
- Le territoire est **dynamique sur le plan démographique**, la croissance de la population est soutenue par un solde migratoire positif (arrivée de nouveaux habitants) ;
- La **population du territoire est un peu plus jeune qu'en région** (part des moins de 20 ans légèrement supérieure à la moyenne régionale) mais la **population vieillit et dans certaines communes** la part des personnes âgées y est relativement élevée, en particulier dans le sous-territoire Galaure ;
- **Sur le plan socio-économique, la population est globalement moins favorisée qu'en région avec une surreprésentation des ouvriers et des personnes sans diplôme.** Des communes socialement très défavorisées sont présentes le long de la vallée du Rhône (notamment Saint-Vallier et Saint-Rambert-d'Albon avec le quartier prioritaire de la politique de la ville Claival) et dans le nord du sous-territoire de Valloire ;
- Le vieillissement de la population et la présence d'habitants en situation de précarité induisent des besoins de santé (soins, prévention) importants.

Offre et recours aux soins, à la prévention

- **Professionnels de santé libéraux** : en libéral, les densités de professionnels de santé libéraux sont nettement plus faibles qu'en Auvergne-Rhône-Alpes. L'offre de médecins généralistes libéraux, particulièrement faible (comme celle de masseurs-kinésithérapeutes), est complétée par l'offre de médecins généralistes salariés du centre de santé de Saint-Rambert-d'Albon. Selon l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), 7 communes sont classées sous-denses en médecins généralistes (4 en « Galaure » et 3 en « Vallée du Rhône »). Enfin, la totalité des communes du territoire sont classées selon l'agence régionale de santé en zone d'intervention prioritaire ou zone d'action complémentaire ouvrant droit à des mesures financières incitatives pour favoriser l'installation et le maintien de médecins généralistes ;
- **Trajectoires hospitalières** : Le Centre hospitalier d'Ardèche Nord (à Annonay) et les Hôpitaux Drôme Nord (Romans-sur-Isère et Saint-Vallier) sont les deux principaux établissements accueillant les séjours hospitaliers en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) des habitants du territoire.
- **Recours aux professionnels de santé de ville** : le recours des assurés du territoire aux médecins généralistes est comparable au niveau régional mais un recours plus faible aux chirurgiens-dentistes et aux médecins spécialistes est observé. Ce constat est souvent fait dans des territoires socialement défavorisés, notamment pour des raisons financières et du fait de difficultés de déplacement ;

- **Séjours hospitaliers** : un recours plus important aux séjours hospitaliers est enregistré dans le territoire par rapport à la région, à l'exception de la Galaure qui présente un taux plus faible ;
- **Prévention** : Un taux de recours au programme de prévention bucco-dentaire de l'assurance maladie M'T dents et un taux de vaccination antigrippale des personnes âgées de 65 ans et plus plus faibles comparés à la région. Un taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein comparable au taux régional. Un point d'attention à avoir dans le territoire Vallée du Rhône qui présente systématiquement des taux plus faibles.

État de santé

- **Mortalité : la mortalité générale** dans le territoire est comparable à celle de la région, mais un **taux de mortalité prématurée (avant 65 ans)** légèrement supérieur est observé dans le sous-territoire Vallée du Rhône, en particulier chez les femmes mais sans qu'une différence significative ne soit observée ;
- **Morbidité** :
 - **Affections de longue durée (ALD)** : la prévalence des ALD est supérieure chez les femmes du territoire par rapport à la région ;
 - **Hospitalisations** : chez les hommes, un taux de patients hospitalisés en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) plus élevé qu'en région est observé dans le territoire ;
- **Point de vigilance sur certaines problématiques de santé**
 - **Tumeurs, un point d'attention : une légère surmortalité par cancer, notamment pour cancer du poumon chez les hommes**, est enregistrée dans la communauté de communes ;
 - **Maladies cardiovasculaires, des pathologies plus marquées qu'en région** : les taux de bénéficiaires d'ALD et de patients hospitalisés pour maladies cardiovasculaires (notamment accidents vasculaires cérébraux) en porte de DrômArdèche sont supérieurs aux taux régionaux. Le taux de mortalité par maladie cardiovasculaire est toutefois comparable au niveau régional ;
 - **Diabète, une prévalence plus élevée qu'en région dans le territoire** : taux d'ALD pour diabète et de patients sous traitement anti-diabétique plus élevés que dans la région
 - **Santé mentale, une problématique à creuser** : les données disponibles montrent un moindre recours aux soins en psychiatrie (moins d'ALD, de patients sous traitement régulier d'antidépresseurs, de neuroleptiques) des assurés du territoire. Le taux d'hospitalisation en établissement de psychiatrie relativement élevé chez les femmes en Galaure pose question et pourrait être en lien avec la présence d'un établissement sanitaire ou médico-social accueillant des personnes ayant des troubles psychiques ;
 - **Maladies respiratoires, des points d'attention en particulier en Vallée du Rhône** : des taux d'hospitalisation pour maladies respiratoires relativement élevés sont enregistrés dans la communauté de communes et notamment en Vallée du Rhône pour la

bronchite chronique (dont le tabac est le 1^{er} facteur de risque). Ce constat est souvent effectué dans les territoires défavorisés où une surreprésentation des ouvriers, qui sont plus fréquemment fumeurs et davantage exposés professionnellement (fumées, poussières notamment dans l'industrie, ...) peut être constatée.

Il est à noter également, des taux de patients sous traitement antiallergique relativement élevés dans le sous-territoire Galaure.

Santé des personnes âgées de 65 ans et plus

- **Mortalité** : un taux de mortalité légèrement plus élevé qu'en Auvergne-Rhône-Alpes sans qu'une différence significative ne soit observée ;
- **Morbidité** : des taux d'Affections de longue durée (ALD toutes causes) et taux d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (tous motifs) supérieurs aux taux régionaux ;
- **Les maladies cardiovasculaires et le diabète**, des pathologies plus marquées chez les personnes de 65 ans et plus du territoire par rapport à la région.

Santé environnement

- **Air extérieur** (PM_{2,5}, NO₂) : les valeurs d'expositions des communes aux PM_{2,5} sont supérieures aux valeurs recommandées par l'OMS (2021) et dépassent même l'objectif de qualité en France pour quatre d'entre elles. Concernant le NO₂, les valeurs sont proches des recommandations faites par l'OMS ;
- **Pollen** : la part de la population potentiellement allergique à l'ambrosie est supérieure à la valeur régionale (10 %) dans la majorité des communes du territoire ;
- **Eau** : une problématique liée aux pesticides dans les eaux distribuées plus importante dans plusieurs communes du centre du territoire sur les secteurs de la Valloire et de la Galaure ;
- **Radon** : l'est du territoire est le plus impacté par la problématique radon (potentiel 3) ;
- **Précarité énergétique** : la part des ménages en situation de précarité énergétique-logement est plus importante sur le territoire de la Vallée du Rhône, mais globalement les valeurs du territoire sont supérieures à la valeur régionale ;
- **Bruit** : les communes les plus impactées par le bruit sont Andance, Sarras et Ozon avec une part de la population exposée à des niveaux de bruit supérieurs à 70 dB(A) plus de deux fois supérieure à la valeur régionale (2 %) ;
- **Déplacements** : l'utilisation de la voiture pour les déplacements domicile-travail est prépondérante. À Saint-Vallier, la part d'utilisation d'autre type de mobilité (marche, transport en commun) est plus élevée ;
- **Climat** : Selon les indicateurs traités, le territoire sera, à l'avenir, beaucoup plus impacté par la chaleur (jours très chauds et nuits chaudes) qu'aujourd'hui ;
- **Éléments spécifiques par sous-territoire**

- Valloire : territoire davantage impacté par des enjeux liés à la qualité de l'eau, notamment sur le paramètre pesticide ;
- Galaure : territoire davantage impacté par des enjeux liés à la qualité de l'eau, notamment sur le paramètre pesticide ;
- Vallée du Rhône
 - Territoire particulièrement impacté par la pollution de l'air (PM_{2,5} et NO₂) et du bruit. Cela est notamment lié à la présence de l'A7 et de la N7 sur ce sous-territoire ;
 - Territoire davantage impacté par les risques liés au radon ;

DONNÉES QUALITATIVES

1 Le territoire : contexte local en termes de déterminants de santé

1.1 Un territoire majoritairement rural, mais à l'intersection de plusieurs villes-centres

La communauté de communes Porte de DrômArdèche regroupe 34 communes (8 en Ardèche et 26 en Drôme) pour une population de 47 646 habitants (au recensement de 2020). Elle s'étend de part et d'autre du Rhône, au Nord des départements de la Drôme et de l'Ardèche, entre les grands pôles de Lyon, Vienne, et Valence, ce qui lui confère une situation stratégique au sein de la région.

Constituée majoritairement de communes rurales – la population variant de 180 habitants à 6 947 habitants selon les communes – Porte de DrômArdèche compte cinq communes exerçant une fonction de « pôle de centralité » au sein du territoire : Saint Rambert d'Albon et Saint-Vallier, situées sur l'axe rhodanien, Anneyron (située dans l'unité Valloire utilisée pour cette étude), et Châteauneuf de Galaure, en Galaure (située dans l'unité Galaure utilisée pour cette étude).

Territoire économiquement dynamique, Porte de DrômArdèche compte de nombreuses PME et des sites appartenant à des leaders mondiaux (Lafuma immobilier, Louis Vuitton, ...). Avec plus de 4 000 employés et près d'une quarantaine d'entreprises de plus de 200 salariés, le secteur industriel est le 1^{er} employeur en Porte de DrômArdèche.

Près de 50 % du territoire de Porte de DrômArdèche est néanmoins agricole avec des productions très variées : céréales, élevage, arboriculture... Cela représente plus de 600 exploitations.

Du fait de la présence de l'A7 et de gares SNCF à Saint-Vallier et à Saint-Rambert-d'Albon, le territoire permet également à nombre d'actifs de travailler sur les villes facilement accessibles par l'axe rhodanien : Lyon et sa périphérie, Vienne, Romans-sur-Isère et Valence.

1.1 L'axe rhodanien : de forts atouts mais aussi des contraintes

L'axe rhodanien, innervé par l'autoroute A7, permet un accès facile à de multiples ressources, pour ceux qui sont véhiculés et qui vivent en proximité : emploi, éducation, mais aussi offre de soins et offre culturelle. Les villes-centre du territoire sur l'axe rhodanien sont situées à environ à 45 mn de Valence et à 1h15 de Lyon, et d'autres territoires industriels et bassins d'emploi se situent à proximité du territoire : l'agglomération de Romans-sur-Isère, la communauté de communes Entre Bièvre et Rhône qui compte également de nombreux sites industriels.

Néanmoins, le fort atout de facilitation de mobilité que constitue l'axe rhodanien, présente aussi des contraintes. Outre le trafic routier, la présence de certaines industries en proximité de l'autoroute, au nord de la communauté de communes, peuvent soulever des inquiétudes en matière de qualité de l'air et plus généralement en termes de bruit. Les données en santé environnement montrent ainsi que cet axe est effectivement particulièrement concerné par le bruit et la présence de certaines particules.

Reste que dans les faits, les villes-centres et la plupart des communes sont relativement éloignées et protégées de l'A7, comparativement à d'autres territoires où l'A7 passe à proximité immédiate des villes (Vienne et Valence par exemple).

2 Offre de soins et de prévention

2.1 Des besoins en médecins généralistes, dans un contexte de déficit au plan national

2.1.1 Les évolutions démographiques et sociétales : un contexte global indispensable à prendre en compte

La France, comme la plupart de ses voisins européens, se trouve confrontée à une problématique de démographie médicale, plus ou moins aiguë selon les territoires. En effet, l'augmentation et le vieillissement de la population entraînent « naturellement » un accroissement des besoins de santé, intensifié par les besoins de surveillance des maladies chroniques et les besoins de dépistage, mieux connus aujourd'hui qu'il y a 20 ou 30 ans. En effet, le recours au médecin généraliste, mais aussi à d'autres spécialités médicales (et notamment aux dermatologues, psychiatres, gastro-entérologues, ...) se sont accrus du fait d'une meilleure connaissance de certains risques (cancers de la peau, entre autres...), de la mise en place de certains dépistages (tout particulièrement du cancer colorectal). Enfin, les besoins de santé mentale étant aujourd'hui également mieux repérés, on observe une demande de soins plus élevée.

En dépit de l'accroissement de ces besoins, les effectifs de médecins ont peu progressé pendant plusieurs dizaines d'années. L'évolution récente du *numérus clausus* en facultés de médecine permet d'envisager un rééquilibrage à moyen terme entre besoins de soins et offre de soins, mais il faut encore attendre que les nouvelles générations de médecins soient formées, c'est-à-dire sans doute une dizaine d'années.

En parallèle, les médecins, et particulièrement les médecins généralistes ont changé leur façon d'exercer par rapport au modèle encore en vigueur dans les années 80 ou même 90. Aujourd'hui, les médecins, à l'instar de la société, souhaitent un meilleur équilibre entre vie professionnelle et personnelle, sont moins enclins à travailler seuls et sont plus attirés par des formes de partage ou de regroupements, plus ou moins souples, y compris en libéral. Enfin, dans cette recherche d'un meilleur équilibre de vie, ils organisent différemment leur temps de consultation et ne sont plus disponibles « en continu », comme pouvaient l'être parfois les médecins des générations précédentes. Dans ce contexte, les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)²² permettent à la fois des possibilités de regroupements, de mutualisation de moyens et d'accès à des financements publics pour déployer des projets et actions de prévention à une échelle locale, de même que les Communautés Professionnelles

²² Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP). <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889>

Territoriales de Santé (CPTS)²³, plus récentes, qui peuvent associer à la fois des libéraux, mais aussi des professionnels de santé salariés, y compris travaillant dans le secteur public.

On observe par ailleurs l'émergence dans de nombreux territoires de Centres de Soins Non-Programmés²⁴. Les médecins qui exercent dans ces structures sont souvent des médecins généralistes ou d'anciens médecins urgentistes. Ils apportent une réponse rapide à des besoins ponctuels de soins, qui nécessite éventuellement le recours à des examens complémentaires (biologie médicale, imagerie, certaines sutures, ...) mais ces professionnels ne peuvent être des médecins traitants et ne sont pas outillés pour la prise en charge de maladies chroniques. Au moment de l'étude, il ne semblait pas que ce type de structure existe ou soit en projet sur le territoire de la Communauté de communes, hormis l'offre de consultations non-programmées qui existe à l'hôpital de Saint-Vallier.

Les centres de santé²⁵ qui emploient des médecins généralistes salariés constituent également un format qui répond aux besoins de la population et qui peut correspondre aux attentes de certains médecins souhaitant entièrement se décharger des contraintes comptables et administratives, qui peuvent être lourdes en statut libéral, pour certains.

Autre évolution notable, d'autres professionnels de santé interviennent aujourd'hui de manière beaucoup plus large à la fois dans le domaine du soin, du dépistage et de la prévention :

- Les sages-femmes peuvent complètement prendre en charge le suivi gynécologique des femmes, tout au long de leur vie, s'il n'y a pas de pathologie décelée ;
- Les infirmiers sont devenus des acteurs à part entière de la prévention et ont gagné des compétences dans le champ de la prévention et du soin (infirmiers Asalée²⁶, Infirmiers de Pratiques Avancées – IPA²⁷).
- Les pharmaciens peuvent aujourd'hui directement effectuer certains vaccins (vaccin antigrippal, vaccin contre le Covid...) et peuvent également réaliser en pharmacie certains

²³ Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) - <https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>

²⁴ Centres de soins Non Programmés. Structures intermédiaires entre la médecine générale et les services d'urgence hospitaliers, les centres de soins non programmés permettent une première prise en charge de pathologies nécessitant éventuellement un plateau technique (matériel de suture et d'immobilisation, biologie, imagerie médicale, médecine de spécialité) <https://ffcsnp.com/>

²⁵ Centres de santé. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-centres-de-sante-211965>

²⁶ Infirmiers Asalée : Asalée est une association entre Médecins Généralistes et Infirmières Déléguées à la Santé Publique en équipe de soins primaires au service du patient. Créée en 2004 pour améliorer la prise en charge des malades chroniques par coordination entre médecins généralistes et infirmiers, l'association Asalée met en œuvre un protocole de coopération en application des dispositions de l'article 51 de la loi HPST. <http://www.asalee.org/>

²⁷ Infirmier de Pratique Avancée (IPA). Les infirmiers en pratique avancée ont des compétences élargies, à l'interface de l'exercice infirmier et de l'exercice médical. Ils peuvent suivre (avec leur accord) des patients confiés par un médecin de l'équipe de soins au sein de laquelle ils exercent, sur la base d'un protocole d'organisation établi pour préciser les modalités de leur travail en commun. Dès lors, les infirmiers en pratique avancée ont la responsabilité du suivi régulier des patients pour leurs pathologies et peuvent prescrire des examens complémentaires, demander des actes de suivi et de prévention ou encore renouveler ou adapter, si nécessaire, certaines prescriptions médicales. <https://www.ars.sante.fr/la-pratique-avancee-un-nouveau-metier-dinfirmier-aux-competences-elargies>

dépistages (angines bactériennes et infections urinaires) et délivrer les antibiotiques correspondant si les tests sont positifs et s'il s'agit d'infections « simples »²⁸.

Ainsi, et dans un contexte de difficultés des patients à avoir accès à un médecin généraliste, et plus encore à avoir un médecin traitant, de nouvelles possibilités émergent, à la fois dans le domaine de la prévention et dans celui du soin. Mais tous les territoires ne sont pas également dotés de ces différentes ressources, et les espaces ruraux restent fortement impactés par les problématiques de distances et de mobilité, qui constituent une difficulté supplémentaire dans l'accès aux soins.

Autre point qui rejoint un constat national, celui de la difficulté d'accès aux soins en psychiatrie. Là encore, la démographie médicale n'a pas suivi l'accroissement de la population et des besoins, et cela est particulièrement vrai en pédopsychiatrie (ou psychiatrie infanto-juvénile). Le manque de médecins psychiatres en libéral, mais aussi à l'hôpital est à l'origine des files actives saturées, particulièrement dans les CMP enfants, et de difficultés d'accès aux soins pour les enfants et adolescents.

2.1.2 Les enjeux d'accès aux soins et à la prévention en Porte de DrômArdèche

Les données quantitatives ont mis en exergue une sous-densité de médecins généralistes libéraux dans la Communauté de Communes comparativement à la région, ainsi qu'aux départements de l'Ardèche et de la Drôme. Cette sous-densité est également observée pour les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les masseurs kinésithérapeutes.

Ce constat, récurrent pour les territoires à dominante rurale, masque cependant des variations sensibles. En premier lieu, on repère que la Galaure présente une densité de médecins généralistes proche de celle de la région : bien que le territoire soit fortement rural, la présence d'une maison de santé à Châteauneuf-de-Galaure semble avoir contribué à rétablir un équilibre entre besoins de soins et offre en présence. En revanche, la sous-densité est marquée, concernant les médecins libéraux, en Valloire et en Vallée du Rhône. En Vallée du Rhône cependant, ces données seules ne rendent pas compte de la réalité. En effet, le centre de santé communal, situé à Saint-Rambert-d'Albon qui comptait au moment de l'étude plusieurs médecins, a largement renforcé l'offre médicale locale sur ce territoire densément peuplé, avec une patientèle à la fois locale et qui provient également des communes aux alentours.

Reste qu'environ la moitié des médecins du territoire a plus de 55 ans et que les départs en retraite se poursuivent, qui ne sont pas toujours remplacés. De fait et comme cela est observé dans tous les territoires ruraux, des habitants perdent leur médecin traitant et sont dans de très grandes difficultés pour en retrouver un sur leur territoire de résidence. Les personnes concernées par une pathologie chronique (Affection de Longue Durée – ALD) sont particulièrement négativement impactées car elles ont besoin d'un suivi au long cours par des médecins qui connaissent bien leur problématique et dossier médical.

L'accès aux médecins spécialistes est également complexe : les spécialistes libéraux s'installent rarement en rural et de ce fait posséder un véhicule personnel est essentiel pour un bon accès aux

²⁸ Les pharmaciens sont autorisés à proposer le dépistage des angines et des cystites aux personnes qui se présentent directement à l'officine et, le cas échéant, à leur délivrer sans ordonnance des antibiotiques dans les situations prévues par un logigramme pour l'angine et un logigramme pour la cystite . <https://www.ameli.fr/pharmacien/actualites/simplification-de-la-prise-en-charge-des-angines-et-cystites-par-les-pharmaciens>

soins, qu'il s'agisse de parcourir des distances longues ou courtes. Ainsi, il est observé que sur le territoire, les taxis ayant l'agrément VSL (véhicule sanitaire léger) refusent parfois des demandes de transports lorsque les distances ne sont pas suffisamment grandes pour présenter une rentabilité suffisante. L'offre de médecins spécialistes étant concentrée dans les zones urbaines, et particulièrement dans les pôles hospitaliers, le fait de ne pas conduire ou de ne pas posséder de véhicule constitue un frein majeur à l'accès aux soins dans les communes rurales

De même, à l'instar de ce qui est observé au plan national, de grandes difficultés sont observées pour recruter des médecins psychiatres dans les centres médico-psychologiques, qui dépendent du Centre Hospitalier Psychiatrique Drôme-Vivaraïs, particulièrement dans les CMP enfants.

La démographie médicale déficitaire par rapport à l'évolution de la population, aux besoins de santé en augmentation et aux contraintes du rural, créent des tensions qui sont donc partagées avec de nombreux autres territoires en France et qui pèsent plus lourdement sur les publics vulnérables :

- Les personnes ayant une pathologie chronique (la Vallée du Rhône présentant un taux de bénéficiaires d'ALD – toutes causes – significativement plus élevé que la région- Cf données quantitatives)
- Les personnes âgées (La Galaure et Saint-Vallier étant des territoires particulièrement concernés - Cf données quantitatives)
- Les personnes en situation de précarité (Les indicateurs de précarité étant plus marqués en Vallée du Rhône et à l'est de l'unité de Valloire– Cf données quantitatives)

2.2 Un territoire qui possède des leviers d'attractivité pour renforcer l'offre de soins et de prévention

2.2.1 Un tissu local doté d'une diversité de ressources de soins

Le territoire possède des atouts structurants qui constituent de véritables leviers d'attractivité pour l'installation de professionnels de santé. En effet, la présence et la diversité des ressources de soins et de prévention, libérales et salariées, privées et publiques, l'existence de liens et d'une dynamique partenariale émergente, sont des éléments précieux pour attirer de nouveaux professionnels de santé, qui souvent redoutent de s'installer dans des territoires où ils auront du mal à réorienter les patients ou à faire appel à d'autres praticiens pour un avis, ou encore pour pouvoir mettre en place des projets partagés.

Au premier chef, la présence du centre hospitalier de Saint-Vallier, qui fait partie du groupement des Hôpitaux de Drôme-Nord, constitue un atout fort du territoire.

Les Hôpitaux Drôme-nord possèdent un plateau technique complet, dont plusieurs services sont situés à Romans. Le site de Saint-Vallier permet cependant d'accéder à plusieurs services et prises en charge :

- Urgences
- Maison médicale de garde
- Médecine (lits d'hospitalisation et consultations en pneumologie, cardiologie, infectiologie, rhumatologie, médecine interne, gériatrie aiguë, gastro entérologie)
- Médecine physique et de réadaptation
- Centre de santé sexuelle et centre d'orthogénie

- Centre périnatal de proximité
- Soins de suite et de rééducation
- Ehpad

Il est à noter enfin que le site de Saint-Vallier a bénéficié d'un fort soutien de la Communauté de communes pour moderniser, récemment, ses bâtiments.

Deux Centres Médico-psychologiques, dépendant du Pôle Nord-Drôme du Centre Hospitalier Drôme-Vivarais (hôpital psychiatrique public) sont également présents sur le territoire :

- Pour les adultes : un CMP, un CATTP et un hôpital de jour à Saint-Vallier
- Pour les enfants : un CMP et un hôpital de jour Dolto à Saint-Vallier

Le centre de santé intercommunal situé à Saint-Rambert-d'Albon, emploie différents professionnels de santé salariés, dont 5 médecins généralistes²⁹ (3,9 ETP), 1 orthophoniste (1 ETP) et une sage-femme (1 ETP). Le centre de santé est par ailleurs cours de recrutement d'un psychologue et accueillera dès novembre 2025 un interne en médecine générale. Il possède 2 studios pour loger des médecins remplaçants ou des internes. Géré par la Communauté de communes, ce centre permet aux médecins qui souhaitent externaliser toutes les contraintes administratives et comptables de pouvoir dédier leur temps de travail exclusivement aux consultations. Répondant aux attentes de la population, les files actives des médecins ont été, comme cela était prévisible, très vite remplies, dès l'ouverture du centre. Ce centre est membre de la CPTS de Porte de DrômArdèche et s'inscrit pleinement dans le partenariat local.

On note également la présence de 6 maisons de santé le territoire, situées à Saint-Vallier, Andance, Anneyron, Châteauneuf-de-Galaure, Le Grand Serre et Sarras. Cette dernière, inaugurée en avril 2025, a pu bénéficier d'un fonds de concours de la Communauté de communes, pour la construction immobilière attribuée à la commune de Sarras, propriétaire des locaux. Trois de ces maisons de santé sont dans des locaux qui appartiennent à la Communauté de communes (Saint-Vallier, Andance, Anneyron).

La communauté de communes a une maison des internes à Saint Vallier, qui permet le logement de 3 à 4 internes par sessions de stage. Elle est mobilisée en partenariat avec la CPTS et l'hôpital sur des actions de promotion du territoire auprès des étudiants en médecine et développe des outils de communication pour favoriser la connaissance des capacités d'accueil du territoire auprès de futurs médecins (site internet, vidéos, flyers, affiches promotionnelles du territoire, articles dans des revues spécialisées).

Enfin, une partie des professionnels de santé libéraux du territoire se sont regroupés, depuis 2023, en Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS). La CPTS compte aujourd'hui 90 professionnels adhérents et développe une réflexion sur plusieurs projets partenariaux possibles en matière de prévention. Cependant, pour renforcer les liens avec tous les acteurs du territoire, en santé (et notamment en santé mentale) mais aussi en social (travailleurs sociaux, ...), les membres de la CPTS expriment une attente d'outils pour bien connaître l'offre locale et les conditions et modalités de sollicitation des uns et des autres. Un outil de type « annuaire » pourrait constituer une première base pour faciliter et favoriser le travail en réseau à l'échelle locale. En effet, parmi les missions de la CPTS

²⁹ Un médecin supplémentaire en cours de recrutement en 2025, dans le centre de santé intercommunal.

l'amélioration de l'accès aux soins de la population suppose une connaissance des réseaux et des associations existants. La CPTS travaille ainsi à élaborer un annuaire qui recense les différentes offres de soins et de prévention. Par ailleurs, les professionnels de la CPTS estiment important d'associer à ce travail l'ensemble des acteurs ou facilitateurs du soin : les professionnels de santé, mais aussi les collectivités locales, les associations, les représentants des usagers.

Ces différentes ressources créent un tissu sanitaire local dynamique, connecté aux ressources hospitalières, ce qui constitue un atout fort pour les professionnels de santé, et particulièrement les médecins généralistes, qui souhaitent exercer au sein d'un « écosystème » favorable à la fois à l'accès à des avis de spécialistes, à des orientations de patients vers des spécialistes, mais aussi à des orientations vers d'autres professionnels de santé (infirmiers, kinésithérapeutes, notamment). Enfin cette dynamique facilite le travail en réseau, qui permet d'éviter l'isolement professionnel et favorise l'émergence de projets partagés, pour les professionnels qui le souhaitent.

2.2.2 Les acteurs de la prévention : des points forts et peut-être des points à renforcer

Le territoire compte plusieurs acteurs majeurs en matière de prévention.

Les Centres médico-sociaux (CMS) du Conseil départemental constituent la pierre angulaire de la prévention. Situés à Saint-Vallier et à Hauterives, ils donnent accès à la fois aux services sociaux et au service de la Prévention Maternelle et Infantile, où il est possible pour les femmes enceintes de réaliser le suivi prénatal, et aussi le suivi des nourrissons et jeunes enfants, de la naissance jusqu'à 6 ans. Les services du Conseil départemental permettent également d'aider les personnes en perte d'autonomie (notamment les personnes âgées), notamment en bénéficiant d'un bilantage et, le cas échéant, d'aider les personnes concernées accéder à certains droits et notamment à l'Allocation Perte d'Autonomie (APA).

Pour les enfants et adolescents scolarisés dans des établissements scolaires, les infirmières scolaires jouent un rôle essentiel, à la fois pour réaliser les bilans biométriques et certains dépistages. Elles constituent des ressources pour les parents face à certaines interrogations, mais aussi pour les enfants et particulièrement les adolescents, pour qui elles constituent souvent une possibilité d'écoute professionnelle et neutre.

Enfin, un Centre de Santé Sexuelle est également présent au centre hospitalier de Saint-Vallier Les Centres de Santé Sexuelle constituent des ressources d'aide pour tout ce qui touche à la vie intime, affective et sexuelle, et notamment le dépistage des infections sexuellement transmissibles, la vaccination contre le papillomavirus (HPV), la mise en place et le suivi d'une contraception, l'accès à l'IVG). Depuis le 1er juillet 2025, le Département de la Drôme a modifié l'organisation des centres de santé sexuelle en déléguant aux partenaires (Centre hospitalier et Mouvement Français pour le Planning Familial) les missions départementales dans ce domaine. Le Centre de santé sexuelle de Hauterives est fermé depuis le 30 juin. L'orientation des publics devra dorénavant se faire, notamment vers les centres hospitaliers, et notamment vers le centre hospitalier des hôpitaux Drôme-Nord, sur le site de Saint-Vallier.

On soulignera que la CPTS récemment constituée constituera également une ressource forte en matière de prévention, au travers des projets multi-partenariaux qu'elle porte, qui seront déployés sur le territoire.

On observera qu'au moment de l'étude, il n'existait pas sur le territoire de structure pouvant proposer une écoute psychologique de type « point écoute » et qu'on ne repère pas non plus, sur le territoire, de présence d'associations en addictologie. Une consultation en addictologie est cependant possible au centre hospitalier (le site de Saint-Vallier des Hôpitaux Drôme Nord). Ces points ont particulièrement été interrogés dans le chapitre dédié à la santé mentale.

Enfin, on note la présence de nombreuses associations sportives sur le territoire, qui proposent notamment du « Sport Santé » (éducation physique et gymnastique volontaire), ainsi qu'un accompagnement par des enseignants en activité physique adaptée (APA), qui travaillent en lien avec la CPTS Porte de DrômArdèche. Ces associations sont soutenues par le Département et la Communauté de communes de Porte de DrômArdèche, afin de pour proposer aux personnes de plus de 60 ans des ateliers « équilibre » ou encore « gym-mémoire ».

2.3 Des pistes pour soutenir et renforcer l'offre locale de soin et de prévention

Les échanges qui ont eu lieu entre les professionnels participants aux entretiens collectifs ont permis de mettre en lumière les attentes et propositions des professionnels pour renforcer l'attractivité du territoire pour de nouveaux professionnels de santé, soutenir la dynamique partenariale et améliorer l'accès aux soins des patients.

2.3.1 Dégager du temps de consultation pour les médecins généralistes

En premier lieu, l'un des enjeux forts semble être de pouvoir dégager du temps pour les médecins généralistes en s'appuyant sur les professionnels de santé qui peuvent intervenir en première intention dans le parcours de soins.

Ainsi, il est important d'informer les femmes du territoire qui sont peu ou pas encore suivies en matière de gynécologie que les sages-femmes peuvent réaliser ce suivi (avec prescription de contraception) en l'absence de pathologie (auquel cas, la patiente doit être orientée vers un médecin).

Les pharmaciens peuvent également réaliser, en pharmacie (et à condition d'avoir suivi la formation spécifique) les tests de dépistage rapide (Tests Rapide d'Orientation et Dépistage ou TROD) pour les angines (afin de vérifier s'il s'agit d'une angine bactérienne ou virale) et pour les infections urinaires « simples ». Dans les deux cas, si les tests sont positifs, les pharmaciens peuvent délivrer les antibiotiques correspondants.

Les infirmiers Asalée qui travaillent en lien avec des médecins généralistes jouent un rôle important en matière de prévention secondaire, notamment pour les patients atteints de maladies chroniques, de même que les Infirmiers de Pratique Avancée (IPA) dont le rôle nouveau et spécifique permet de fluidifier les parcours de soins des patients pris en charge, par un suivi renforcé. Reste que les premières générations d'IPA sont encore récentes et qu'il n'y a pas encore d'infirmiers de ce type installés sur le territoire.

Enfin, la gestion de la file active des médecins peut être facilitée grâce à l'aide apportée par un assistant médical. L'Assurance Maladie³⁰ précise que les assistants médicaux ne sont pas des professionnels de santé, mais peuvent aider les médecins :

Le champ des missions confiées aux assistants médicaux est volontairement large, chaque médecin pouvant définir le contenu de ces missions pour l'adapter à l'organisation de son cabinet, dans les conditions définies à l'article L. 4161-1 du code de la santé publique, et en contrepartie de l'engagement d'augmenter sa patientèle. Ainsi, les assistants médicaux peuvent exercer des missions variées, selon les besoins des médecins, généralistes comme spécialistes, qui les embaucheront.

Concrètement, l'assistant médical peut prendre en charge 3 types de missions :

- **Des missions de nature administrative** : comme par exemple, l'accueil du patient, la création et la gestion de son dossier, la facturation de la consultation, l'accompagnement de la mise en place de la télémedecine au sein du cabinet ;
- **La préparation et le déroulement de la consultation** : aide à l'habillage, déshabillage, prise de constantes (prise de tension, pesée, taille), mise à jour du dossier du patient concernant les dépistages, vaccinations, recueil d'informations utiles sur les modes de vie pour alerter le médecin si nécessaire, délivrance des tests (test angine par exemple) et de kits de dépistage, préparation et aide à la réalisation d'actes techniques (pour un électrocardiogramme, par exemple) ;
- **Des missions d'organisation et de coordination** : notamment avec les autres acteurs de santé. Il peut ainsi organiser un rendez-vous avec un médecin spécialiste, avec un hôpital en prévision d'une admission mais aussi avec d'autres professionnels de santé comme une infirmière, un masseur-kinésithérapeute ou une sage-femme ou autre.

L'assistant médical n'est pas un professionnel de santé et ses compétences attestées n'autorisent que la réalisation d'examens avec des appareils totalement automatiques, y compris pour les profils soignants (IDE, auxiliaires de puériculture, aides-soignants), embauchés et formés pour exercer cette activité.

Cette possibilité est parfois méconnue des médecins généralistes et mérite peut-être de faire l'objet d'une information renforcée.

2.3.2 Soutenir la dynamique partenariale locale

Le cadre du Contrat Local de Santé est particulièrement propice au renforcement du partenariat local. Ce dispositif facilite la mise en place de temps et espaces où peuvent se rencontrer et échanger les différents acteurs de la santé : soignants et paramédicaux, de la santé somatique et de la santé mentale, mais aussi les professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux et tous les acteurs qui peuvent intervenir sur les déterminants de la santé à une échelle locale (logement, urbanisme, aménagement du territoire, mobilités, éducation, sécurité, lien social, insertion, ...).

En articulation avec le Centre Hospitalier, la CPTS et tous les grands acteurs des domaines sus-cités, le Contrat Local de Santé offre ainsi une opportunité de mise en lien et de transversalité qui peut efficacement améliorer la connaissance des uns et des autres sur les missions, les modes de

³⁰ Assistants médicaux. Site de l'Assurance Maladie. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/aide-emploi-assistants-medicaux-dans-les-cabinets/role-et-missions-de-l-assistant-medical>

sollicitations, les contraintes et possibilités. C'est également un support pour faciliter les échanges multi-partenariaux et faire émerger des projets communs.

In fine, les impacts de cette dynamique partenariale large sur le parcours de soins des patients sont positifs, les systèmes d'orientation et de réorientation, de passage de relais étant affinés et plus opérationnels.

Les groupes de travail multi-partenariaux sont donc une ressource précieuse à promouvoir, avec également des outils simples dont chacun peut se saisir selon les besoins concrets, comme par exemple un annuaire pour les professionnels.

2.3.3 Continuer à communiquer sur les atouts et l'attractivité du territoire

Enfin, le travail de communication à destination des médecins qui seraient susceptibles de s'installer sur le territoire (internes, médecins qui souhaitent changer de territoire ou de mode d'exercice) et plus largement à destination des professionnels de santé doit être poursuivi.

La Maison des internes présente à Saint-Vallier est l'un des nombreux atouts à mettre en exergue, avec la très bonne accessibilité du territoire pour les étudiants de la faculté de médecine de Lyon, par l'A7 ou par le train.

La qualité paysagère, la qualité de vie, la richesse du tissu local en matière de soins, et l'accessibilité du territoire par rapport aux capitales départementales, demeurent ainsi des atouts forts pour la Communauté de Communes de Porte de DrômArdèche.

3 La santé mentale

3.1 Les déterminants de la santé mentale : points forts et points d'attention

3.1.1 La santé mentale relève de toutes les dimensions de l'existence, et pas seulement de la pathologie

La santé mentale, telle qu'elle est définie par l'organisation Mondiale de la Santé³¹, ne recouvre pas seulement l'absence de pathologie. C'est une ressource beaucoup plus vaste, en lien avec de multiples déterminants, à la fois individuels, mais aussi sociaux et structurels :

« La santé mentale correspond à un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté. Elle fait partie intégrante de la santé et du bien-être, sur lesquels reposent nos capacités individuelles et collectives à prendre des décisions, à nouer des »

³¹ Santé mentale d'après l'Organisation Mondiale de la Santé : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

*relations et à bâtir le monde dans lequel nous vivons. La santé mentale est un droit fondamental de tout être humain. C'est aussi un aspect essentiel du développement personnel, communautaire et socioéconomique. [...] La santé mentale ne se définit pas seulement par l'absence de trouble mental. Il s'agit d'une réalité complexe qui varie d'une personne à une autre, avec divers degrés de difficulté et de souffrance et des manifestations sociales et cliniques qui peuvent être très différentes. [...] Tout au long de notre vie, de **multiples déterminants individuels, sociaux et structurels** peuvent se combiner pour protéger ou compromettre notre santé mentale et ainsi modifier notre position sur le spectre de la santé mentale ».*

De ce fait, les soignants sont bien sûr des acteurs incontournables de la santé mentale, mais les différents professionnels et élus qui sont impliqués dans les dimensions structurantes de l'existence (logement, emploi, milieu de vie, éducation, ...) sont également des acteurs essentiels de santé mentale en ce sens que leur travail impacte, de fait, les déterminants de la santé mentale.

3.1.2 Un territoire riche de ressources de lien social

Professionnels et élus des communes ont décrit un territoire riche de ressources de loisirs mais aussi de lien social.

Les très nombreuses associations culturelles ou sportives, qui existent sur le territoire constituent un point fort, largement salué par tous. Présentes dans les villes-centres, mais aussi dans les communes rurales, on note que certaines d'entre elles couvrent plusieurs communes, ce qui en facilite l'accès aux personnes peu mobiles. Ces différentes associations s'adressent à des publics variés, qui vont de la petite enfance aux personnes âgées

Par ailleurs, nombreuses sont les communes qui organisent des temps festifs, notamment en été, qui sont autant d'opportunités de rassembler les habitants à des échelles locales et de faire connaître les associations locales.

Toutes ces associations contribuent au bien-être des habitants et, plus globalement, sont des leviers pour le maintien d'un lien social en proximité.

3.1.3 Mais un risque d'isolement pour une partie des habitants

Les personnes non véhiculées, et notamment les personnes âgées ou en situation de précarité, qui résident dans les communes rurales du territoire sont potentiellement celles qui sont le plus à risque de vivre des situations d'isolement subi. Ce risque d'isolement est d'autant plus fort que certaines communes ont vu disparaître des services publics, mais aussi des commerces. Les possibilités de lien social en proximité diminuent d'autant pour les personnes concernées, et plus encore si elles vivent seules (notamment lorsque les enfants sont partis s'installer et travailler sur d'autres territoires) et sont âgées.

En parallèle, les actifs ne travaillent pas forcément sur le territoire, et certains qui sont récemment arrivés (notamment en provenance des grandes villes de l'axe rhodanien) conservent leurs réseaux sociaux sur leurs territoires d'origine et ne s'investissent pas forcément dans les réseaux locaux.

Les habitants des villes-centres et notamment les familles monoparentales en situation de fragilité socio-économique, bien que plus proches des services et des commerces, peuvent également souffrir d'isolement social.

Dans tous les cas, l'isolement subi, ressenti comme une forme de solitude, est un facteur de souffrance psychique, qui constitue un point d'alerte pour les publics concernés.

3.1.4 Des communes sur-sollicitées pour accueillir des ressources de psychiatrie publique

Les villes-centres du territoire qui sont les plus urbanisées sont également celles qui accueillent les structures de la psychiatrie publique (CMP notamment). De fait, les patients suivis pour des affections psychiatriques chroniques, plus ou moins invalidantes, habitent plus facilement en proximité des lieux de soin. Ce constat se retrouve dans nombre de zones urbaines, et confirme que le soin au long cours est plus facile, pour des personnes fragilisées par la maladie, lorsqu'elles habitent en proximité des lieux de soins et ne sont pas tributaires de systèmes d'entraide pour se déplacer.

Néanmoins, il semble que des habitants ressentent cette concentration relative de personnes concernées par des soins psychiatriques comme problématique. Certains comportements ou attitudes peuvent inquiéter, donner le sentiment d'une certaine dangerosité et il semble qu'il y ait ainsi un véritable enjeu autour de l'inclusion sociale des patients suivis. Leur sécurité et bien-être, comme celui des autres habitants, implique sans doute une articulation renforcée entre structures de soins et élus, mais aussi bailleurs sociaux, pour que chacun soit à la fois rassuré et dans un bon « vivre ensemble ».

3.2 Des points d'attention et des publics en fragilité, d'ores et déjà repérés par les professionnels du territoire

Les professionnels ayant participé aux entretiens collectifs repèrent des points d'attention ou d'alerte en matière de souffrance psychique qu'il leur semblent importants à partager et à prendre en compte.

3.2.1 Deux publics ont particulièrement été cités : les jeunes et les actifs.

Une partie des adolescents et jeunes (globalement entre 15 et 25 ans) sont dans un mal-être et parfois une forte souffrance psychique, qui semble s'être aggravée avec la crise sanitaire du Covid. Les phénomènes d'isolement social, de repli sur soi se sont intensifiés, aggravés de surcroît par un temps toujours plus important passé devant les écrans. Les manifestations de difficultés psychiques sont aussi plus fréquentes ou visibles : les cas de jeunes souffrant d'anxiété, stress, ou encore phobies scolaires se sont multipliés ces dernières années. Ce mal-être peut aussi prendre d'autres formes : violences verbales ou physiques semblent aussi en augmentation et inquiètent les professionnels du territoire.

Du côté des adultes, ce sont surtout les actifs qui ont été abordés sous l'angle des conséquences de la souffrance au travail, qui peut provoquer un épuisement psychique allant jusqu'à l'effondrement. Les risques psychosociaux dans le cadre du travail peuvent générer des pathologies au plan physique (cardio-vasculaires, notamment) et au plan psychique (dépression, ...)³². « Burn-out » lié à un trop plein de travail ou « bore-out »³³ lié à un ennui constant au travail, à une perte de sens du travail, sont de

³² AMELI – Les risques psychosociaux en entreprise. <https://www.ameli.fr/entreprise/sante-travail/risques/risques-psychosociaux-rps>

³³ INRS – Le bore out, nouveau risque psychosocial ? Quand s'ennuyer en entreprise devient douloureux. <https://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TC%20153>

plus en plus constatés par certains médecins généralistes du territoire. Ces derniers soulignent que le phénomène touche toutes les professions et les catégories sociales. Certains médecins généralistes sont en lien avec des médecins du travail et peuvent s'articuler pour une prise en charge plus globale du patient, mais au-delà de cet accompagnement, les ressources sont rares, hormis le CMP ou les quelques psychologues présents sur le territoire.

Une clinique dédiée à la prise en charge de ces troubles (psychopathologies du travail), est repérée par certains médecins : la clinique Psy Pro, mais elle est située à Lyon et donc difficilement accessible, pour un suivi régulier, aux actifs du territoire.

Reste que ces salariés en difficultés psychiques ont un réel besoin d'écoute et d'aide psychologique, que le médecin généraliste ne suffit pas à apporter lorsque ces difficultés sont importantes et nécessitent un accompagnement très régulier.

3.2.2 Les addictions : des problématiques repérées, mais un sujet qui reste peu abordé sur le territoire

➤ Des problématiques bien repérées, mais banalisées

Les professionnels rencontrés convergent sur le fait que les consommations problématiques de substances psychoactives sont bien repérées sur le territoire, y compris chez les jeunes, notamment les consommations de tabac et d'alcool, mais qu'elles sont très souvent banalisées, parfois au risque de ne plus apparaître comme un problème de santé publique.

La consommation de tabac est particulièrement observée chez les publics modestes ou socialement défavorisés, ce qui correspond aux constats faits au plan national³⁴. Tabagisme actif et passif sont très fortement liés au gradient social, ainsi que tous les risques qui en découlent. La tendance générale à la baisse de la consommation de tabac n'efface donc pas les points d'alerte sur les publics modestes ou défavorisés.

Des situations d'alcoolisation sont particulièrement observées par les travailleurs sociaux chez des hommes qui vivent seuls et sont plutôt isolés au plan social. C'est un constat aussi également récurrent chez les personnes concernées par des problèmes d'incurie dans le logement.

Enfin, les consommations de substances illicites et notamment de cannabis sont également repérées chez les jeunes, avec en parallèle une activité de trafic qui existe en certains points urbains du territoire.

Ces difficultés liées aux addictions sont bien perçues, mais les ressources possiblement mobilisables sont rares sur le territoire.

Il existe un jour de consultation infirmière en addictologie à l'hôpital de Saint-Vallier, pour des patients externes (non hospitalisés). Pour les patients hospitalisés, l'ELSA (Équipe de Liaison et de Soins en

³⁴ Prévalence du tabagisme en France hexagonale en 2023 parmi les 18-75 ans. Santé Publique France file:///C:/Users/patricia.medina/Downloads/LePointSur_tabagisme_en_france_20241119.pdf

addictologie) des Hôpitaux Drôme Nord, intervient aussi sur le site de Saint-Vallier. Quelques médecins généralistes du territoire suivent également des patients en substitution³⁵. Néanmoins, on ne repère aucune permanence ou antenne de CSAPA³⁶ sur le territoire, la plus proche se situant à Romans, portée par l'association Oppélia-Tempo.

On notera que l'association Promotion Santé (délégation Drôme) intervient dans certains établissements scolaires du territoire, collèges et lycées, pour porter des actions de prévention primaire sur les addictions, avec ou sans produits.

3.3 Les ressources de prise en charge en santé mentale

3.3.1 La couverture du territoire en termes de psychiatrie soumise à de fortes contraintes

- Des tensions soulignées pour accéder aux soins en pédopsychiatrie

Les ressources locales de la psychiatrie adulte et de la psychiatrie infanto-juvénile dépendent du centre hospitalier spécialisé Drôme Vivarais.

Les CMP adultes et enfants étant situés à Saint-Vallier, les habitants des autres communes doivent le plus souvent venir en voiture pour accéder aux soins. Il semble que des « antennes » de CMP aient existé par le passé dans certaines communes rurales du territoire, mais celles-ci ont disparu.

Si certains bénéficient de VSL, les habitants des communes proches de Saint-Vallier se voient parfois refuser un transport sanitaire, les trajets courts étant peu rentables pour ces taxis. De même, les patients résidant dans les communes les plus éloignées des CMP sont soumis à de fortes contraintes : disponibilité des VSL, et tout simplement possibilité de conduire soi-même ou de se faire conduire par un proche, qui peuvent être variable selon l'état de santé (notamment en lien avec les traitements médicamenteux) et la disponibilité des membres de la famille (si la famille est présente).

Les professionnels rencontrés soulignent ainsi que certains patients, épuisés par ces contraintes de mobilité, en arrivent parfois à interrompre leurs soins.

Par ailleurs, le manque de psychiatres, phénomène constaté au plan national, retentit fortement sur la capacité des CMP à assurer le suivi des patients par un médecin.

- La **pédopsychiatrie /les CMP enfants**. Comme sur la majorité des territoires, connaît de fortes tensions en matière de délais d'attente pour un rendez-vous avec un médecin. Plusieurs professionnels du territoire décrivent ainsi des attentes pouvant aller jusqu'à un an pour que l'enfant rencontre le psychiatre du CMP, et des attentes de plusieurs mois pour un premier rendez-vous infirmier. Des professionnels du territoire observent que des familles se découragent ou s'épuisent dans l'attente et parfois renoncent aux soins en CMP pour leur

³⁵ La substitution. Drogues Info Services. <https://www.drogues-info-service.fr/Tout-savoir-sur-les-drogues/L-aide-a-l-arret/La-substitution>

³⁶ CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie. <https://www.drogues.gouv.fr/le-dispositif-de-soins-en-addictologie-0>

enfant, alors même qu'ils n'ont pas les moyens économiques de se tourner vers le secteur libéral, qu'il s'agisse de psychiatres (dont les consultations sont remboursées par l'Assurance Maladie, mais qui peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires, et qui sont très rares sur le territoire) ou de psychologues libéraux (non remboursés par l'Assurance Maladie).

- Les **CMP adultes**, davantage centrés sur la prise en charge de pathologies psychiatriques, sont généralement moins en tension en ce qui concerne les files actives et les délais d'attente pour être pris en charge sont beaucoup moins importants, et donc l'accès en est plus facile pour les patients. Le CMP de Saint-Vallier propose ainsi une permanence infirmière assurée sans rendez-vous du lundi au vendredi, entre 9h et 15h00 sur le CMP adulte. Le patient qui se présente sur le CMP est reçu dans la journée en première intention par l'infirmier de permanence.

Reste que les entretiens collectifs ont mis en exergue, au moment du diagnostic, que les liens de partenariat entre les différents acteurs du soin en matière de santé mentale des adultes, soit le CMP mais aussi les médecins généralistes du territoire, devaient encore être renforcés, pour améliorer le parcours de soins des patients à la fois au plan psychique et somatique. Une meilleure interconnaissance, des possibilités de sollicitation et d'échanges renforcées entre médecins généralistes et CMP sont ainsi souhaitées de part et d'autre, pour que les patients soient mieux suivis.

On notera la présence d'une structure hospitalière psychiatrique privée à proximité du territoire, bien repérée par les professionnels du territoire : la Teppe, située à Tain l'Hermitage, qui dispose d'un pôle de psychiatrie dédié à la santé mentale des femmes : la clinique de La Cerisaie. La clinique propose des consultations externes et dispose de 50 lits d'hospitalisation (hospitalisation libre).

- Une méconnaissance des modes d'accès aux soins en CMP qui aggrave les tensions

Les entretiens collectifs ont permis de mettre en lumière le fait que la plupart des acteurs connaissent mal à la fois le mode d'accès aux CMP, mais aussi les soins qui y sont pratiqués, et cela semble particulièrement vrai pour la pédopsychiatrie.

Les professionnels des CMP, en psychiatrie adulte comme en pédopsychiatrie, ont ainsi rappelé qu'une première évaluation des besoins de soins est réalisée par téléphone, lors de la demande de rendez-vous. Ce premier accueil téléphonique permet d'expliquer les étapes et l'éventuel délai d'attente avant un premier rendez-vous, ou encore une réorientation vers d'autres types de professionnels, si besoin, toutes les difficultés exposées ne relevant pas automatiquement de la psychiatrie.

Le cas échéant, un premier rendez-vous infirmier est proposé au patient (et aux parents d'enfants mineurs). Si l'enfant ou l'adulte est pris en charge par le CMP, la plupart des entretiens soignants auront lieu avec des infirmiers ou d'autres professionnels du CMP. Le temps médical étant rare, les médecins psychiatres ne peuvent pas suivre tous les patients avec la même régularité. Les entretiens infirmiers ou entretiens réalisés par des éducateurs, des psychologues s'inscrivent dans un travail d'équipe, supervisé par le médecin et, dans tous les cas, il s'agit bien d'un soin. Or, les adultes et les parents ne comprennent pas toujours cette dynamique d'équipe qui se structure avec le médecin et certains ont le sentiment qu'il n'y a que le psychiatre qui puisse apporter un soin, au sein du CMP.

Davantage d'explications et de communication aux patients, parents, mais aussi aux acteurs locaux sur la dynamique soignante qui est au cœur du travail en équipe au sein des CMP serait ainsi utile, et permettrait notamment de mieux communiquer sur le travail effectué par les infirmiers de CMP.

➤ L'enjeu du retour d'information au médecin généraliste « orientateur »

Une partie des tensions ou des obstacles à un travail en partenariat qui peuvent parfois exister entre acteurs de la psychiatrie publique et autres professionnels du territoire, notamment les médecins généralistes, est imputable à l'absence de communication « privilégiée » entre ces professionnels.

Les médecins généralistes regrettent de ne pas recevoir de confirmation de prise ou non prise en charge lorsqu'ils orientent un patient vers le CMP enfants ou adultes. Conscients que le CMP n'a pas à fournir d'éléments de diagnostic qui pourraient éroder le respect de la vie privée et la liberté de choix des patients, les médecins généralistes rencontrés expriment plutôt la nécessité de savoir si le patient pour lequel ils ont des inquiétudes en termes de santé mentale, est pris en charge et si c'est le cas, s'il y a des points de vigilance qui doivent être pris en compte dans le cadre du suivi somatique des patients (en termes de risque d'iatrogénie médicamenteuse, de repérage de situations à risques, ...).

De même, l'assurance d'un suivi somatique effectif, pour des patients pris en charge au CMP, peut faciliter l'articulation des différentes prises en charge pour une appréhension à la fois globale et systémique des besoins des patients.

La question du canal de communication (numéro de téléphone, courriel spécifique) et du contenu des informations sur lesquelles il est possible d'échanger, entre soignants, sans nuire à la liberté des patients et en recueillant au préalable leur consentement, est un point qui est apparu comme central lors des échanges qui ont eu lieu dans le cadre du diagnostic local de santé.

➤ Distance symbolique et distance géographique : autres écueils dans l'accès aux soins

- Les ressources mobiles en santé mentale, pas toujours connues des acteurs locaux et notamment des médecins généralistes

Outre les contraintes de moyens humains qui pèsent sur la psychiatrie publique, la question des freins géographiques à l'accès aux soins, est prégnante dans les territoires ruraux. Pour pallier ces difficultés, le Centre Hospitalier Drôme-Vivarais a mis en place des équipes mobiles qui peuvent intervenir sur site, à l'échelle du département. Plusieurs équipes mobiles existent ainsi qui sont spécialisées sur différentes thématiques : précarité, gériatrie, adolescence. Ces dispositifs mobiles travaillent dans un objectif « d'aller vers » les publics éloignés des soins (par méconnaissance, crainte, éventuelle désaffiliation sociale, ...) ou en situation de crise, afin d'apporter un premier niveau de réponse, pour ensuite aider les personnes à se faire suivre en CMP, si besoin, dans le cas d'une entrée dans le soin ou d'une reprise de soins. Au moment de l'étude, ces ressources semblaient bien repérées par les professionnels du Conseil Départemental et de l'Éducation Nationale. En revanche, les médecins généralistes ne connaissaient pas ou peu l'existence de ces ressources, leur mode de sollicitation, et ils ont montré un vif intérêt pour celles-ci, leur souplesse, leur capacité à se déplacer sur les communes où elles sont sollicitées.

On soulignera que ces ressources mobiles ne résolvent pas pour autant les problèmes de mobilité dans les territoires ruraux. Si, *de facto*, elles peuvent momentanément faciliter un premier contact, sur le

lieu de vie de la personne, avec les professionnels de la psychiatrie, il ne s'agit pas d'assurer des soins sur site, sur la durée. L'orientation vers les locaux du CMP (dans la ville-centre du territoire), si une prise en charge est nécessaire, reste la règle, et les patients devront alors trouver un moyen de se déplacer pour bénéficier des soins et d'un suivi.

- Des moyens pour dépasser les problèmes liés aux distances en rural

Pour les personnes vivant en rural qui ne sont pas véhiculées ou qui ne peuvent pas conduire, parfois du fait même de leur pathologie, l'accès au CMP, dans la ville-centre du territoire (Saint-Vallier) peut donc s'avérer très complexe.

Pour ceux qui peuvent compter régulièrement sur la solidarité familiale ou de voisinage, ou encore qui trouvent des VSL acceptant de les transporter, le problème est plus ou moins résolu. Ceux qui ne peuvent pas compter sur ces ressources ont parfois d'autres pistes. Les personnes âgées qui bénéficient d'une aide à domicile peuvent mobiliser du temps d'auxiliaire de vie pour les conduire au CMP. Mais ce temps dédié au déplacement sera soustrait au temps nécessaire à l'aide aux actes de la vie quotidienne (cuisine, ménage, courses, ...).

Au moment de l'étude, on ne repérait pas de système de co-voiturage efficient sur le territoire. Quelques aires de co-voiturage existent sur le territoire qui sont semble-t-il très peu utilisées. Cette piste pourrait néanmoins être réexaminée à l'aune de la spécificité des trajets réellement effectués par les habitants des communes rurales, jusqu'à Saint-Vallier, pour les soins en CMP.

Enfin, plusieurs professionnels ont évoqué la piste des téléconsultations pour des prises en charge en santé mentale, au moins pour les adultes. Ce point fait débat entre professionnels du soin et les points de vue sont parfois complètement opposés. On observera cependant qu'au moment de la crise sanitaire du Covid 19, les hôpitaux psychiatriques ont souvent proposé, avec succès, cette option à certains de leurs patients, notamment pendant les confinements. Depuis, certains psychiatres, continuent à proposer ce type de format aux patients qui le souhaitent et qui sont à même de bénéficier pleinement du soin via ce support.

En tout état de cause, les téléconsultations ne sont pas adaptées à tous les publics et notamment à ceux qui sont en difficulté pour utiliser les outils numériques, ou ceux dont les symptômes et l'angoisse pourraient être aggravés par le recours à un écran. Certains patients, pourtant, pourraient, au moins ponctuellement, avoir des temps de consultation, dans le cadre d'une prise en charge au long cours. Cette solution serait pertinente à réfléchir pour éviter les ruptures de soins chez les patients qui sont à la fois le plus en difficultés pour se déplacer jusqu'à la ville-centre, et le plus à l'aise avec des écrans.

3.3.2 L'accès difficile aux psychologues sur le territoire : rareté et coût

Les CMP comprennent, au sein de leurs équipes, des psychologues. Mais ces derniers ne sont accessibles que si le CMP a validé la prise en charge du patient.

Quelques psychologues libéraux sont repérés sur le territoire. Néanmoins, les consultations effectuées chez ces professionnels ne donnent pas lieu à une prise en charge par l'Assurance Maladie sauf pour les psychologues qui conventionnent avec l'Assurance Maladie et adhèrent au dispositif « Mon soutien

Psy »³⁷. Le dispositif « Mon soutien Psy » s'adresse aux patients âgés de plus de 3 ans (enfants, adolescents et adultes) en souffrance psychique d'intensité légère à modérée. Ces personnes, si elles le souhaitent peuvent bénéficier de séances avec un psychologue conventionné, remboursées par l'Assurance Maladie, et ce, sans avoir à consulter de médecin avant de prendre un rendez-vous avec le psychologue. Les patients peuvent ainsi accéder directement à un psychologue conventionné figurant dans l'annuaire dédié. Cependant, il reste tout à fait possible de consulter au préalable un médecin pour faire le point avec lui. Ce dispositif permet ainsi de suivre des séances d'accompagnement psychologique (12 au maximum par an) et peut notamment bénéficier aux publics qui ne pouvaient pas, jusqu'alors, accéder à un accompagnement psychologique pour des raisons financières.

Or, au moment de la réalisation du diagnostic, aucun psychologue du territoire n'adhérait à ce dispositif. Par ailleurs, aucun dispositif d'écoute de type PAEJ (Point Accueil Écoute Jeunes) pour les jeunes, ou pour les adultes, n'existe sur le territoire.

De même, il semble que le territoire ne soit plus couvert, ou plus aussi bien couvert qu'il l'a été, par le réseau de périnatalité Aurore. Ce réseau de pédiatres, peut néanmoins faciliter l'accès à des prises en charge psychologique pour les parents, si besoin.

Ainsi, comme c'est le cas sur la plupart des territoires, seuls les patients en capacité de financer entièrement eux-mêmes des consultations chez un psychologue libéral peuvent accéder à ce type de prise en charge psychothérapeutique³⁸.

On soulignera cependant la présence de psychologues de prévention enfance dans le Centre Médico-Social de Saint-Vallier (avec des permanences sur St Rambert) et au Centre médico-social d'Hauterives. Les centres médico-sociaux étant portés par le département, les rendez-vous sont gratuits. Ce service est à disposition de tous les enfants et de leurs parents rencontrant des difficultés de parentalité. Pour rappel, les centres médico-sociaux (CMS) du Conseil Départemental³⁹ offrent au public accueilli :

- Un accueil, une écoute, une première information et une orientation si besoin vers un professionnel du Département ou partenaire
- Un accompagnement social ou médico-social pour accéder à ses droits sociaux (logement, insertion...), en lien avec les partenaires du territoire
- Un accompagnement prénatal (suivi grossesse)
- Un soutien parental et infantile (conseils développement enfants jusqu'à 6 ans, vaccination, bilan santé-dépistages 3/4 ans à l'école).

³⁷ Mon soutien psy. <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/prise-charge-situation-type-soin/accompagnement-psychologue-conventionne-mon-soutien-psy>

³⁸ Seuls les médecins peuvent prescrire des médicaments pour des difficultés de santé mentale. Les psychologues ne peuvent pas prescrire. Ils peuvent en revanche réorienter, si besoin, leurs patients, vers des médecins.

³⁹ Centres Médico-sociaux de la Drôme : <https://www.ladrome.fr/mon-quotidien/sante/les-centres-medico-sociaux/>

3.4 Acteurs cachés de la santé mentale : des ressources d'écoute repérées et saluées

Les participants aux entretiens collectifs ont souligné le fait que différents professionnels présents sur le territoire, qui ne sont pas des soignants en santé mentale, font néanmoins un travail d'écoute et d'écoute, dans le cadre de leurs missions, qui participe à l'aide qui peut être apportée aux personnes concernées par une souffrance psychique.

Cette écoute et cet accompagnement constituent des déterminants favorables à la santé mentale, mais aussi facilitants en cas de besoin d'orientation vers des soins en santé mentale. Enfin, pour certains habitants en souffrance psychique, ce premier niveau d'accueil et de dialogue peut constituer un « sas » de prise en charge, qui permet d'attendre la mise en place de soins psychiques et d'éviter une aggravation des symptômes et du mal-être.

Au premier rang de ces acteurs, les participants aux entretiens ont cité les médecins généralistes, qui ne font pas de psychothérapies, mais peuvent prescrire certains médicaments en cas de besoin (antidépresseurs notamment) et constituent une ressource d'écoute importante, notamment lorsqu'il s'agit du médecin traitant du patient. D'autres professionnels de santé libéraux constituent aussi des ressources pour les habitants qui peuvent avoir besoin d'exprimer certaines inquiétudes, voire une certaine souffrance morale : les infirmiers libéraux qui interviennent à domicile, et plus encore s'ils sont dans un dispositif Asalée, ont une compétence renforcée en matière de prévention, mais aussi les pharmaciens qui, même dans le cadre d'un contact plus rapide peuvent repérer des signaux d'alerte en termes de souffrance psychique et conseiller ou orienter les patients.

Les professionnels du social constituent également des acteurs importants d'accompagnement en santé mentale, et les participants aux entretiens collectifs ont particulièrement salué l'apport des corps de métier suivants, qui sont en contact direct avec le public :

- La médiatrice de santé (présente sur Saint-Rambert-d'Albon) dont le rôle est de faciliter les parcours de soins et l'accès aux soins, mais qui constitue *de facto* aussi une ressource d'écoute pour les habitants qui la sollicitent ;
- Les assistantes sociales des Centres médico-sociaux et les professionnels des Centres Communaux d'Action Sociale (mais toutes les communes ne sont pas dotées de CCAS). L'aide sociale apportée se fait toujours dans le cadre d'une prise en compte globale des difficultés et besoins exprimés par les personnes, basée sur une écoute fine ;
- Les éducateurs de prévention, qui accompagnent les jeunes en difficultés d'insertion, y compris vers les soins si besoin, et sont par essence dans un dialogue avec les jeunes qu'ils aident.

Enfin, les professionnels de l'animation socio-culturelle, par le contact qu'ils ont avec les habitants, de manière individuelle ou collective, jouent également un rôle majeur en santé mentale, à divers titres : mise en lien des habitants et rupture de l'isolement social, ouverture sur des activités permettant les échanges et la verbalisation de certaines difficultés.

Certains participants aux entretiens ont soulevé la question d'une possible sensibilisation de ces acteurs à des éléments plus précis des risques en santé mentale et des leviers pour aider concrètement et rapidement les personnes qui présentent des signes d'alerte. Ainsi, des propositions de formations aux Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM) peuvent constituer une piste pour renforcer les

compétences de ces différents professionnels, face à des manifestations de souffrance psychique voire, à un risque de passage à l'acte auto agressif ou suicidaire.

3.5 Un besoin largement partagé : renforcer les liens entre professionnels autour des enjeux de santé mentale et renforcer les ressources en présence

3.5.1 Développer des outils, des rencontres, pour faciliter le partenariat, notamment entre CHDV, CPTS et professionnels du social

Tous les professionnels rassemblés dans le cadre de l'entretien collectif portant sur la santé mentale ont convergé sur la nécessité de développer des liens concrets pour mieux se connaître, pouvoir s'interpeller plus facilement et mieux accompagner les patients. Les services de l'hôpital Drôme-Vivaraïs ont déjà une expérience dans ce domaine, du fait de liens tissés avec des Communautés Professionnelles Territoriales en Santé dans d'autres territoires du département de la Drôme. Ces liens peuvent se tisser au travers d'échanges facilités (par mail, par téléphone, sur des adresses ou numéros spécifiques -non « grand public » - notamment pour confirmer des orientations, des suivis, ...), mais aussi par des rencontres dans le cadre de conférences, ou encore pour des avis cliniques sur des situations concrètes. Les Conseils Locaux en Santé Mentale (CLSM) peuvent aider à formaliser ces liens et à faciliter le travail en réseau, mais ils nécessitent une coordination pour porter l'activité du dispositif localement, ce qui peut impliquer certaines contraintes et un financement par l'Agence Régionale de Santé. Les professionnels ont cependant pointé la nécessité de développer le partenariat sans forcément multiplier les instances, qui peuvent se révéler chronophages à faire vivre, alors que les ressources sont par ailleurs contraintes.

Par ailleurs qu'il existe sur le territoire un réseau de santé mentale qui est d'ores et déjà animé par l'association Promotion Santé. Des temps de rencontres ont lieu régulièrement dans ce cadre, sur des thématiques variées : outils de prévention, environnements favorables à la santé mentale, Premiers Secours en Santé Mentale, prévention du suicide. Il pourrait ainsi être pertinent d'articuler plus fortement ce dispositif avec la CPTS, mais aussi avec les différentes équipes de soins intervenant sur le territoire, y compris les équipes mobiles du CHDV. Enfin, les professionnels du champ social qui sont *de facto*, des acteurs de santé mentale, pourraient utilement rejoindre ces groupes, les enjeux de parcours de soins interrogeant bien souvent, en premier lieu, la question de l'accès aux soins.

3.5.2 Des ressources à développer ou à créer sur le territoire ?

Le CHDV a exprimé la possibilité de déployer certaines ressources localement, sous réserve d'affiner le diagnostic des besoins, à la fois en termes de soins mais aussi d'écoute. Le CHDV a par ailleurs signalé l'embauche récente de 11 Infirmiers en Pratiques Avancées (IPA), dont certains pourraient intervenir en renfort, sur les structures déjà présentes sur le territoire.

Aucune structure d'écoute psychologique non payante n'est accessible en proximité, que ce soit pour les jeunes (PAEJ) ou pour les adultes. Il serait ainsi nécessaire d'explorer plus finement ce qui existe, notamment dans les établissements scolaires de l'Éducation Nationale, pour mieux identifier les besoins qui ne sont pas du tout couverts, et quelles seraient les possibilités concrètes de renforcer les ressources déjà en place, en matière d'écoute et d'étayage psychologique. Concernant les jeunes, il

serait ainsi pertinent d'examiner, en lien avec l'Éducation Nationale, la nécessité et la possibilité de dupliquer le PAEJ de Romans sur le territoire.

Concernant les adultes, et compte-tenu des constats effectués par les médecins généralistes, la question des ressources d'écoute et d'étayage psychologique se pose également, sachant que contrairement aux jeunes, les adultes sont des publics moins « captifs » et plus difficiles à toucher. Soulignons que les services de santé au travail ne peuvent assurer une offre régulière d'écoute et d'étayage psychologique.

4 Les personnes âgées

4.1 Les « personnes âgées » du territoire

4.1.1 « Seniors », « personnes âgées » : de qui parle-t-on ?

La proportion de personnes de plus de 65 ans sur le territoire est globalement identique à la moyenne régionale. Les données quantitatives montrent cependant que des différences significatives existent à des échelles infra-territoriales. Ainsi, l'unité de la « Galaure » compte une part de personne de plus de 65 ans supérieure à la valeur régionale, ainsi que la commune de Saint-Vallier, ce qui peut, en partie, s'expliquer par la présence de plusieurs EHPAD sur ces territoires.

Reste que la notion de « personne âgée » est floue et renvoie à des réalités très contrastées, ce qu'ont largement souligné les participants aux entretiens collectifs.

La principale ligne de fracture tient à la perte d'autonomie. Les personnes de plus de 65 ans, voire de plus de 75 ans qui sont en bonne santé, sans dépendance, ont souvent des vies actives, avec une bonne participation au tissu social local, notamment dans le cadre associatif. Ces personnes sont souvent en attente de propositions de lien social et de loisirs non ciblées sur les « personnes âgées », et selon leur appétence, s'orientent vers des loisirs plutôt individuels ou plutôt collectifs.

Rejoignant les constats nationaux, les professionnels soulignent que le risque de survenue d'une forme de dépendance s'intensifie à partir de 75 ans, souvent par le biais de fragilités physiques ou psychologiques, cognitives, qui parfois se cumulent. La survenue de ces fragilités peut elle-même être largement favorisée par certains contextes de vie. Ainsi les logements mal adaptés au vieillissement (avec des marches, des baignoires plutôt que des douches) peuvent favoriser les chutes. De même, les difficultés de mobilité et de transports, particulièrement fortes en rural, peuvent aggraver à la fois l'isolement social, mais aussi les obstacles à accéder aux soins. Enfin, la défavorisation sociale pèse sur les personnes âgées comme elle pèse sur les adultes : les personnes âgées modestes ou défavorisées ont un moins bon état de santé.

4.1.2 Un état de santé dans les valeurs régionales, avec néanmoins des points d'attention

Les données quantitatives ont pointé des éléments d'attention, qui montrent que certains problèmes de santé des habitants de plus de 65 ans sont plus marqués dans le territoire comparativement à la région. Davantage touchés par le diabète et les maladies vasculaires (données d'Affections de Longue Durée), ils sont aussi plus hospitalisés, ce qui peut être à la fois en lien avec un état de santé moins bon, mais aussi, peut-être, avec un recours tardif aux soins de ville. On observe également que les

hospitalisations pour traumatismes sont légèrement supérieures à ce qui est observé en région. Reste que le niveau de mortalité se situe dans la valeur régionale.

Il n'y a donc pas, globalement, de « décrochage » en termes d'état de santé, des personnes de plus de 65 ans, par rapport à ce qui est observé en région, même si sur certains points, les indicateurs montrent une différence légèrement défavorable.

Il est d'ailleurs important de rappeler que les pathologies qui semblent plus marquées sur le territoire (cardio-vasculaire et diabète) interrogent le retard de recours aux soins, mais aussi l'accès à la prévention primaire et secondaire. Les taux d'hospitalisation et d'ALD soulèvent la question de l'hygiène de vie tout au long du parcours de vie, et peut-être d'un recours tardif aux soins, mais les chiffres de la mortalité laissent penser qu'une fois que les pathologies sont dépistées, les personnes arrivent à être bien prises en charge.

4.2 Les ressources de prévention pour les personnes âgées de 75 ans et plus

Pour les « seniors » actifs et en bonne santé, les ressources de prévention sont peu spécifiques : le tissu social et associatif, le cadre environnemental de qualité sont, comme pour les autres adultes, des éléments favorisant une bonne santé.

En revanche, pour les personnes qui commencent à ressentir les limitations fonctionnelles ou cognitives liées au vieillissement, généralement après 75 ans et plus sûrement après 80 ans, la présence de ressources adaptées est particulièrement interrogée.

4.2.1 Le logement : le manque d'anticipation, souvent au cœur des difficultés à rester chez soi

- Une offre suffisante et saluée en EHPAD et MARPA

Le territoire compte apparemment un nombre suffisant de MARPA et d'EHPAD qui permet de couvrir les besoins. Les résidences sont nombreuses et particulièrement dans l'unité de Valloire et celle de Galaure. Plusieurs d'entre elles offrent la possibilité d'accueillir quelques personnes âgées extérieures, en demi-journées, ce qui est favorable au lien social des personnes âgées et peut aussi contribuer au répit des aidants naturels. Reste que ces offres d'accueil en demi-journée sont saluées, mais restent difficiles d'accès pour les personnes non véhiculées et concernent un nombre limité de places.

Les professionnels n'ont pas fait état de difficultés pour les habitants à obtenir une place en EHPAD sur le territoire. Néanmoins, cette situation plutôt favorable est à nuancer du fait de la problématique d'accès ou de conservation d'un médecin traitant. La dépendance des personnes âgées est toujours liée à des problématiques de santé importantes (dégradation physique ou cognitive, souvent en lien avec des pathologies) et donc à des besoins de santé accrus. Il semblerait dès lors que certains établissements, craignant de ne pouvoir faire face aux besoins de santé des personnes âgées, exigent de manière plus ou moins formelle, que les personnes âgées puissent garantir qu'elles ont bien, au moment de la demande, un médecin traitant, avant d'être acceptées en EHPAD.

Enfin, certains professionnels s'inquiètent de la problématique du turnover des salariés en EHPAD, toujours défavorable à un bon accompagnement des personnes âgées et également aux besoins en matière de nutrition, sujet sensible chez les personnes âgées, qui sont souvent articulés avec des enjeux de coût de l'alimentation.

Globalement, il semble que les EHPAD et MARPA du territoire soient en bon lien avec l'équipe géronto-psychiatrique de l'hôpital psychiatrique Drôme-Vivarais et également avec les hôpitaux Drôme-Nord, même si ces liens pourraient encore être renforcés. L'équipe mobile du CHDV apporte une aide précieuse pour ajuster les traitements si besoin, et intervient également pour soutenir les équipes, en cas de besoin. Un seul regret est exprimé : que cet appui soit limité dans le temps à 4 mois, et ce alors que l'accès au CMP demeure complexe pour les personnes âgées, notamment du fait de la contrainte des distances et du transport.

- Le logement des particuliers : la complexité de l'adaptation aux contraintes du vieillissement

En revanche, les logements, et particulièrement les logements individuels en zones rurales, posent souvent des difficultés structurelles en termes d'adaptation : baignoires, mais aussi marches, escaliers sont les contraintes les plus difficiles à surmonter pour des personnes âgées qui perdent en mobilité.

L'association Soliha⁴⁰ réalise d'ores et déjà un important travail de communication auprès des habitants et professionnels du territoire, notamment au travers de réunions organisées dans les communes, mais aussi grâce au « Truck Soliha » qui se déplace sur site. La Mutualité Sociale Agricole (MSA) intervient également dans l'appui à l'adaptation du logement pour les personnes âgées.

Cependant et malgré ces différentes aides existantes pour adapter et rénover le logement, celles-ci sont souvent mal connues des habitants, qui redoutent à la fois de changer leur quotidien, mais aussi le coût possible de ces aménagements. Le reste à charge que peut impliquer les travaux effectués reste élevé pour certaines personnes modestes. Par ailleurs, les personnes n'anticipent pas ou peu leur vieillissement et ne font pas ou parfois trop tardivement des travaux. Dénis ou méconnaissance des risques et des possibilités d'aide se conjuguent qui aboutissent parfois à des situations à la fois risquées et anxiogènes pour les personnes âgées concernées, qui ne peuvent pas demeurer dans leur logement aussi longtemps qu'elles le souhaiteraient.

4.2.2 Les modes de transports : pas d'initiatives repérées pour faciliter les trajets jusqu'aux ressources de santé

La mobilité est l'autre grand point d'inquiétude. Dans les communes rurales, seule la solidarité familiale ou de voisinage peut permettre aux personnes dépendantes d'accéder aux ressources des villes-centres, et notamment aux ressources de soin. Si les services de Soins à Domicile (notamment l'ADMR) peuvent véhiculer les personnes accompagnées, le temps dédié à cette activité est soustrait aux heures prévues pour le ménage, la cuisine (en fonction des heures d'aides financées par l'APA).

Il n'y a pas, d'après les professionnels rencontrés de système de transport à la demande sur les communes (même avec un système de « rabattement » vers des points précis du territoire). Quelques

⁴⁰ Soliha. Le Mouvement SOLIHA est un réseau d'associations présent partout en France. Inscrit dans l'économie sociale et solidaire, SOLIHA est le premier acteur associatif national de l'habitat privé à vocation sociale. Il favorise l'accès et le maintien dans l'habitat des personnes défavorisées, fragiles et vulnérables. Il agit également auprès des collectivités, et avec le soutien des institutions, pour apporter des réponses habitat adaptées aux besoins des populations et aux spécificités des territoires.
<https://soliha.fr/>

associations disposent de minibus, pour transporter les personnes qui participent à certaines activités, mais ce modèle reste minoritaire et ne concerne pas l'accès aux soins.

La question des trajets jusqu'aux ressources de santé, malgré les VSL pour ceux qui peuvent en bénéficier, demeure un point noir pour les personnes âgées dépendantes, isolées et non véhiculées.

4.2.3 Les ressources de « bien vieillir » : comme souvent, peu d'offres pour les plus de 80 ans

Le riche tissu associatif du territoire est bien utilisé par les seniors, jusqu'à ce que des fragilités importantes s'installent. L'offre locale pour faire de la marche en groupe semble bien développée, mais les offres d'Activité Physique Adaptée sont difficiles à déployer hors des villes-centres. On note cependant la présence d'une association de « gymnastique volontaire » en Galaure, qui intervient sur plusieurs communes avec succès.

Certains professionnels ont souligné que même dans les villes-centres, l'offre en présence ne répond pas toujours aux besoins ou aux envies des personnes les plus âgées : les activités occupationnelles n'intéressent pas toujours et le format « collectif » peut faire reculer les personnes qui n'y ont pas été habituées dans leur parcours de vie. Enfin, pour les personnes vivant seules dans les communes rurales et étant dans l'incapacité d'utiliser les ressources numériques, le ressenti de solitude peut être important.

Des points forts sont cependant salués pour cette tranche d'âge. Ainsi, la MARPA d'Anneyron (comme certains EHPAD du territoire) ouvrent certaines plages horaires et activités aux non-résidents, voire proposent des accueils à la journée. Le nombre de places est cependant limité, afin de ne pas trop perturber les résidents.

L'ADMR réalise également des actions de prévention des chutes à destination des personnes âgées et de leurs familles qui semblent bien suivies.

On note enfin que pour les personnes concernées par la maladie d'Alzheimer, le site des Hôpitaux Drôme-Nord de Saint-Vallier propose un accueil de jour, qui permet un accès aux liens sociaux et à des activités occupationnelles stimulant les fonctions cognitives. L'association France Alzheimer porte, à Laveyron, une « halte-relais » qui accueille tous les mardis après-midi les personnes touchées par la maladie, dans le cadre d'ateliers de mobilisation cognitive et offrent aussi aux aidants un répit et du lien social.

L'ensemble de ces ressources semble cependant encore mal connu des médecins généralistes du territoire, ce qui est un frein à la possible orientation des patients âgés vers ces lieux et activités. La CPTS exprime ainsi le besoin de disposer d'une information centralisée et mieux diffusée sur les différentes ressources qui existent sur le territoire, à la fois sur le versant de la prévention primaire (« bien vieillir »), mais aussi en prévention secondaire, pour les personnes les plus âgées qui connaissent des limitations.

4.3 Offre et recours aux soins des personnes âgées du territoire

4.3.1 D'importantes difficultés repérées dans le parcours de soins pour une partie des habitants

Les professionnels rencontrés ont souligné les difficultés d'accès aux soins auxquelles se trouvent particulièrement confrontées les personnes âgées du territoire.

En premier lieu, la perte de médecin traitant constitue un véritable risque après 65 ans, qu'il s'agisse de diagnostiquer une pathologie émergente, ou de poursuivre et d'adapter un suivi médical, notamment en cas de maladie chronique. Les professionnels du territoire constataient ainsi, au moment de l'étude que, sur le territoire, une partie des personnes âgées qui n'ont plus de médecin traitant sont insuffisamment dépistées et de ce fait recourent tardivement aux soins et que d'autres sont insuffisamment suivies, avec de ce fait des traitements qui sont parfois mal ajustés aux évolutions de la pathologie. Les personnes âgées, notamment lorsque des fragilités physiques ou cognitives s'installent, sont particulièrement vulnérables aux ruptures de parcours de soins ou aux parcours de soins discontinus, la perte du médecin traitant peut dès lors se transformer en « perte de chance » pour ces personnes.

Au-delà des difficultés aiguës pour ceux qui n'ont pas de médecin traitant, l'accès aux médecins spécialistes mais également à certains professionnels paramédicaux, est également de plus en plus complexe, avec là encore un risque de retard de recours aux soins et de perte de chance.

Le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)⁴¹ qui intervient sur le territoire constitue une aide précieuse pour faciliter la mise en place et la continuité du parcours de soins, néanmoins, il est tributaire des ressources locales de santé et ne peut se substituer aux manques repérés.

Non accès aux soins, retard de recours aux soins et aux droits, et aussi errance dans le parcours de soins sont des risques qui ont ainsi été soulignés par les professionnels du territoire. Les obstacles qui ont particulièrement été soulignés par les professionnels montrent que ces difficultés sont, comme souvent, accrues dans les communes rurales :

- Saturation des files actives des médecins généralistes et spécialistes, avec des délais d'attente de plusieurs mois pour certains spécialistes. Ce constat, qui est national, est cependant toujours plus complexe pour les personnes vivant en rural, qui n'ont pas les moyens de chercher des solutions sur des territoires plus éloignés, faute d'être véhiculées. Cette saturation est également vécue par les travailleurs sociaux, ce qui au-delà de l'accès aux soins peut générer des retards de recours et d'accès aux droits, déléteurs pour les personnes âgées fragiles et modestes, et plus encore si elles sont précaires et socialement isolées ;
- Éloignement géographique des médecins spécialistes. Si les consultations externes de l'hôpital à Saint-Vallier sont saluées, elles ne recouvrent pas toutes les spécialités. Il est donc parfois indispensable d'aller consulter à Romans, Valence ou encore Vienne ou Lyon. Or l'organisation des transports, pour un premier rendez-vous sur l'un de ces sites, mais également pour les rendez-vous de suivi peut s'avérer très complexe. Cela semble particulièrement vrai pour certaines prises en charge, en cancérologie notamment. C'est également vrai pour la

⁴¹ Dispositif d'Appui à la Coordination <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-dispositifs-d-appui-a-la-coordination-dac/article/tout-comprendre-des-dispositifs-d-appui-a-la-coordination>

psychiatrie en libéral (le CMP adulte de Saint-Vallier nécessite un déplacement moins important pour les habitants du territoire). Ce problème se pose également pour certains examens d'imagerie, mais aussi les coloscopies...

- Le transport sur les courtes distances (vers le CMP ou les consultations externes des HDN de Saint-Vallier) sont parfois également problématiques pour les personnes non-véhiculées. Les taxis ayant un agrément VSL refusent parfois les demandes du fait d'une rentabilité trop faible des trajets. Cette difficulté pointée pour tous les patients chroniques est majorée pour les personnes fragilisées par l'âge ou la dépendance ;
- L'hyperspécialisation de certains professionnels paramédicaux qui choisissent de se concentrer sur certaines pathologies et prises en charge devient aussi problématique. Si ce choix peut permettre des prises en charge affinées, il restreint globalement les chances de prises en charge pour les personnes qui ont des besoins de soins. Ce phénomène est semblable-t-il particulièrement constaté chez les orthophonistes et les masseurs-kinésithérapeutes, mais également chez les infirmiers du territoire. Ainsi, pour certaines pathologies, les habitants doivent se tourner sur des communes plus éloignées du territoire, afin de bénéficier de la prise en charge paramédicale dont ils ont besoin ;
- Enfin, les personnes âgées qui n'ont jamais manipulé d'outils numériques dans leur parcours de vie peuvent se trouver dans l'impossibilité d'utiliser les plateformes de prises de rendez-vous médicaux, ou en difficultés face aux dossiers à constituer dans certains parcours d'accès aux droits, en lien avec la survenue d'une dépendance, d'un handicap (dossier MDPH, dossier APA, ...). Ces personnes ne sont que rarement en attente d'une formation aux outils numériques. La plupart du temps elles ont besoin d'une aide concrète et de quelqu'un qui puisse « faire à leur place », ce qui peut être très complexe pour les personnes isolées qui n'osent pas demander de l'aide ;
- Comme sur de nombreux territoires (y compris urbains), les sorties d'hospitalisation insuffisamment anticipées ou préparées peuvent mettre en grande difficulté les personnes âgées fragiles ou isolées. Après une hospitalisation, le retour à domicile doit être sécurisé en termes d'aide à domicile, mais aussi de soins et de surveillance des soins à domicile, pour les personnes en perte d'autonomie ou qui ne peuvent pas être suivies en ville momentanément. Or le lien ville-hôpital est d'autant plus compliqué à construire qu'il concerne plusieurs hôpitaux et que les personnes sont isolées et sans aidants naturels.

4.3.2 Mais des points forts salués sur le territoire

Les hôpitaux Drôme-Nord constituent une ressource précieuse pour les habitants âgés du territoire, grâce à une filière gériatrique qui offre plusieurs types de prise en charge possibles :

- Des consultations externes, avec différents types de spécialistes sur le site de Saint-Vallier, pour les personnes sans médecin traitant, avec une plage d'accueil sans rendez-vous, une demi-journée par semaine. Ce service est ouvert à toute la population, cependant les personnes âgées de plus de 75 ans ayant des besoins de santé accrus, cette possibilité est particulièrement pertinente pour ceux qui n'ont plus de médecin traitant.
- La possibilité de réaliser des bilans gériatriques, notamment après une chute à domicile (ayant ou non nécessité une hospitalisation) ;

- Une équipe mobile gériatrique ainsi qu'un hôpital de jour gériatrique ;
- Une ligne de téléphone gériatrique à destination des professionnels de ville, pas toujours bien connue des professionnels libéraux du territoire ;
- De la télé-expertise possible avec les médecins spécialistes des Hôpitaux Drôme-Nord. Les médecins de ville peuvent ainsi solliciter un avis spécialisé par ce canal. La télé-expertise est cependant chronophage pour les médecins et reste complexe à organiser dans les faits.

La CPTS récemment constituée, du fait d'une meilleure connaissance et articulation des professionnels du territoire entre eux, va aussi permettre d'affiner l'accompagnement global et le parcours de soins des personnes âgées, notamment lorsqu'elles cumulent des pathologies ou ont des problématiques complexes. D'ores et déjà, la CPTS a des contacts privilégiés avec les Hôpitaux Drôme-Nord, mais aussi avec des structures privées et spécialisées de soins comme le Cardioparc (sites de Salaise-sur-Sanne et de Valence).

4.3.3 Des attentes de coopération renforcées entre professionnels du territoire, afin d'améliorer l'accès aux soins et les parcours de soins

Une réelle dynamique existe déjà sur le territoire, nourrie par le soutien de la Communauté de communes, qui d'ores et déjà s'appuie sur plusieurs piliers : le centre hospitalier (hôpitaux Drôme-Nord) et la CPTS, qui intègre notamment des professionnels de santé libéraux et le centre de santé de Saint-Rambert-d'Albon.

Néanmoins, les professionnels rencontrés expriment unanimement une attente de coopération renforcée autour des personnes âgées en fragilité, pour améliorer l'accès aux soins et améliorer la qualité du parcours de soins de ces personnes.

Cette coopération devrait ainsi permettre de mieux articuler les professionnels du soin et du social, le parcours de soins et de vie des personnes âgées fragiles ne pouvant être sécurisé qu'avec ces deux dimensions. Il s'agit ainsi de faciliter et d'intensifier les liens entre :

- Le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) ;
- Le Centre hospitalier de Saint-Vallier (les hôpitaux Drôme-Nord) ;
- La CPTS ;
- Le Conseil départemental (travailleurs sociaux des CMS et aussi évaluateurs de la dépendance pour l'accès à l'Aide Personnalisée Autonomie – APA) ;
- Le SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) ;
- Les SAD (services d'aide à domicile) du territoire et les travailleurs sociaux des centres médico-sociaux ;
- La médiatrice santé de Saint-Rambert-d'Albon.

Pour fluidifier le parcours de soins des personnes âgées fragiles, 4 dimensions doivent particulièrement être prises en compte d'après les professionnels rencontrés :

- Mieux **repérer-dépister la vulnérabilité/fragilité** des personnes âgées en partageant, entre professionnels de champs différents, des grilles communes, qui intègrent différents indicateurs qui puissent faire consensus et être facilement utilisables par tous ;
- **Faciliter les orientations, réorientations, relais ou demandes d'avis** entre professionnels en partageant un **même support numérique** d'information, dans le respect du secret professionnel partagé, sur le modèle de Mon SISRA, mais en y incluant les travailleurs sociaux et intervenants du domicile ;
- **Éviter les passages inutiles et traumatisants aux urgences**, en affinant le dialogue entre médecins généralistes/CPTS et centre hospitalier, mais aussi SSIAD et SAD, peut-être en affirmant une fonction de « bed manager », pour des hospitalisations à des fins d'observation ou de surveillance, si besoin ;
- **Explorer les possibilités de suivis affinés à domicile avec les infirmiers libéraux, en lien avec les médecins généralistes** (et la CPTS), notamment **avec l'appui d'objets connectés** (prise et transmission des constantes, notamment), mais aussi par un meilleur dialogue autour de **l'ajustement des ordonnances**, compte-tenu des besoins de la personne, observés directement par les infirmiers, à domicile.

4.4 L'aide aux personnes âgées à domicile

4.4.1 Des personnes âgées qui n'arrivent pas à avoir l'aide dont elles ont besoin à domicile

Plusieurs professionnels ont pointé le fait que certaines personnes âgées n'arrivent pas à se faire aider, à domicile, à hauteur de leurs besoins, faute de ressources humaines suffisantes sur le territoire.

Si les possibilités d'être véhiculées par une auxiliaire de vie se mettent toujours en place au détriment d'heures d'aide au domicile, il s'avère que l'aide à domicile devient également parfois difficile à obtenir. Les infirmières libérales se sont recentrées sur leurs missions de soins techniques et ne pratiquent plus de toilettes, hormis dans les cas où la personne âgée présente des pathologies graves qui nécessitent des gestes techniques particuliers. De ce fait, même en ayant une prescription médicale pour faire effectuer des toilettes à domicile, beaucoup de personnes doivent recourir à l'aide des auxiliaires de vie pour ce faire. En effet, dans certains cas, la frontière entre la nécessité de toilette « médicalisée » et non « médicalisée » est mince, et les auxiliaires de vie sont de plus en plus sollicités dans ce domaine. Outre le fait que la responsabilité des auxiliaires de vie peut se trouver mise en cause en cas de problème lors de la toilette (en cas de chute, notamment), qu'elle implique des gestes qui peuvent être particulièrement pénibles (aider la personne à se soulever, ...), ce glissement de tâches peut aussi représenter un risque pour la personne âgées si certains gestes s'avèrent maladroits.

Le fait est que sur le territoire, comme on peut l'observer partout en France, il s'avère de plus en plus difficile de recruter et de fidéliser des professionnelles dans les SAD (Services d'Aide à Domicile). La complexité et la pénibilité des conditions de travail (trajets parfois importants entre différents domiciles de personnes âgées, travaux et gestes parfois difficiles à effectuer, ...) font que les auxiliaires de vie quittent souvent les SAD pour aller vers d'autres emplois, et notamment en EHPAD, où la problématique des trajets disparaît. Dans ce contexte de « fuite » des professionnelles, les formations proposées aux auxiliaires de vie dans les SAD ne sont pas toujours concrètement utilisées, les professionnelles ne restant pas suffisamment longtemps dans les SAD.

Des sociétés privées (qui ne sont pas des SAD) se développent, qui proposent également de l'aide à domicile. Mais dans ce cas également, les professionnelles ne bénéficient pas forcément de meilleures conditions de travail, et elles sont possiblement moins formées qu'elles ne le sont dans les SAD. De ce fait, les acteurs du territoire craignent que ces sociétés offrent une aide à domicile de moins bonne qualité.

Le nombre de personnes âgées qui se trouvent, à domicile, dans des situations d'aide insuffisante ou inappropriée, est difficile à estimer, mais il s'agit d'un sujet de préoccupation pour les professionnels, et pour les personnes et les familles concernées.

4.4.2 Les aidants naturels : quelques offres de répit identifiées sur le territoire

Le possible épuisement des aidants naturels, avec le cortège de risques qu'il fait peser sur ces personnes mais aussi sur les personnes aidées (et notamment le risque de maltraitance) est bien repéré par les acteurs locaux.

Pour réduire, même momentanément, cette fatigue, il existe quelques ressources sur le territoire, qui sont bien repérées et saluées, mais qui – comme c'est souvent le cas – ne couvrent pas tous les besoins, et ce d'autant plus que les aidants naturels eux-mêmes, repèrent souvent mal ou tardivement, voire pas du tout, leur propre épuisement.

Les hôpitaux Drôme-Nord disposent ainsi de 12 lits en court séjour gériatrique, qui permettent d'accueillir les personnes âgées dans les situations suivantes :

- Décompensation aiguë du sujet âgé (affections cardiaques et respiratoires, pathologies infectieuses)
- Chutes, troubles de l'équilibre
- Troubles cognitifs
- Ensemble des pathologies chroniques
- Dénutrition
- Douleur

Le site de Saint-Vallier est doté d'un accueil de jour pour personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées, qui est ouvert 5 jours par semaine, et peut accueillir 6 personnes par jour.

L'association ADMR propose par ailleurs une offre de « baluchonnage » : La Baroulade. Le baluchonnage consiste à faire appel aux services d'une professionnelle qui se déplace au domicile de l'aidé, pour remplacer pendant quelques jours l'aidant naturel. Ce type d'aide peut permettre un réel répit de plusieurs jours aux aidants naturels, mais malgré les aides financières possibles, le reste à charge reste souvent trop élevé pour les personnes modestes. La Communauté de Communes, contribue à soutenir ce dispositif au travers d'un appel à projets spécifique.

Enfin, l'association France Alzheimer Drôme, présente sur le secteur Drôme-Nord, porte une structure Halte-Relais, située sur la commune de Laveyron, qui accueille tous les mardis après-midi, les personnes touchées par la maladie, notamment dans le cadre d'ateliers de mobilisation cognitive.

Cette halte-relais offre ainsi également aux aidants, un répit mais aussi du lien social avec les autres aidants.

5 Personnes en situation de handicap

Le handicap recouvre une multiplicité de situations très diverses. Que le handicap soit cognitif, psychique, mental ou intellectuel, moteur, sensoriel, lié à une maladie chronique ou invalidante, qu'il concerne les enfants, les jeunes ou les adultes et soit présent dès la naissance ou qu'il survienne suite à une pathologie ou un accident, qu'il soit « simple » ou « multiple » il pose toujours la question d'une inclusion qualitative dans la vie de la cité et d'un bon accès à toutes les ressources nécessaires à l'existence, y compris les ressources de santé.

Il n'est pas possible dans le cadre d'un Diagnostic Local de Santé de faire état de toutes les difficultés et de tous les besoins des personnes concernées. Il s'agissait donc ici de traiter des éléments qui sont les plus visibles et les plus aigus, tels que les professionnels du territoire les observent.

5.1 Enfants et adolescents : l'enjeu de la reconnaissance et de l'adaptation

Les professionnels ayant participé à l'entretien collectif ont souligné trois grands types de difficultés, que l'on retrouve partout en France, mais qui pourtant sont encore souvent méconnues à la fois du grand public, mais aussi des acteurs de santé, localement.

5.1.1 Le repérage et la reconnaissance : le parcours du combattant

Lorsqu'un handicap est suspecté ou repéré à la naissance ou dans les premières années de l'enfant, les étapes pour le vérifier et le reconnaître, le cas échéant, ont été décrites comme un « parcours du combattant ».

En premier lieu, la méconnaissance du champ du handicap par les professionnels de santé de premier recours fait que ces derniers sont souvent en difficultés, à la fois pour repérer le handicap chez l'enfant, mais aussi pour orienter les familles vers les ressources d'aide qui peuvent être mobilisées à une échelle locale. Le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), mais aussi la Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO), et enfin les associations de parents ou d'usagers, comme l'UNAFAM et l'Adapei26, peuvent apporter information et soutien aux personnes concernées.

Les professionnels des services de PMI, structurellement plus en lien avec les services départementaux concernant le handicap, et notamment la Maison Départementale de l'Autonomie, sont bien sensibilisés et formés au repérage du handicap chez les tout-petits, mais certains handicaps ne se révèlent qu'à l'entrée en école primaire, où les exigences scolaires s'intensifient.

Les CAMSP sont des acteurs majeurs dans le repérage précoce, le dépistage, la recherche de diagnostic et l'intervention précoce (soins) dans le champ du handicap et plus largement dans le champ des troubles du neurodéveloppement et ce, dès la naissance. Le CMP enfant est également un acteur du dépistage, dans le champ de la pédopsychiatrie et la santé mentale. Mais les délais d'accès aux CMP

peuvent être longs et la question des distances en rural peut également être un frein dans l'accès aux CAMSP ou au CMP.

Dans certains cas, ce sont les professionnels des crèches ou des écoles maternelles, primaires qui alertent les parents, et parfois les orientent vers telle ou telle ressource. Il est quelquefois possible que le médecin scolaire puisse voir l'enfant, mais les ressources humaines sont rares et les territoires à couvrir de plus en plus grands, ce qui rend matériellement l'accès au médecin scolaire difficile.

Ces difficultés de repérage et d'orientation impactent d'autant plus négativement les familles que ces dernières sont dans une situation de vulnérabilité économique et sociale. Dans les familles en précarité, les difficultés de l'enfant sont moins rapidement repérées et les démarches pour reconnaître et prendre en charge le handicap plus tardivement mises en place.

Les professionnels ont également insisté sur le fait que les démarches à entreprendre pour vérifier la présence du handicap sont souvent très complexes. La file active du CMP enfants est saturée et les délais d'attente pour un premier rendez-vous avec le médecin psychiatre qui pourra établir un diagnostic est souvent de plusieurs mois (parfois jusqu'à une année d'après certains des professionnels rencontrés). De même les différents centres publics référents (autisme, langage, ...) sont saturés et les délais d'attente pour la réalisation de bilans peuvent parfois atteindre deux ans. Il est également possible de faire réaliser des bilans dans le secteur privé, y compris par les neuropsychologues, qui ne sont pas considérés en France comme des professionnels de santé et dont les consultations ne sont pas prises en charge par l'Assurance Maladie. Les frais de bilan peuvent ainsi s'élever à un montant de 300 à 500 euros et ne sont pas accessibles aux familles modestes. De même les bilans et diagnostic effectués par des psychiatres libéraux, font souvent l'objet de dépassement d'honoraires, et constituent un frein pour les familles modestes. Aux freins financiers pour accéder à des bilans dans le secteur privé, s'ajoute l'obstacle des distances et du transport pour accéder à ces ressources spécialisées. Là encore, les familles modestes ou fragiles au plan économique sont très limitées si elles ne sont pas véhiculées.

La phase des bilans et diagnostics surmontée, pour que l'enfant accède à certains droits -allocation enfant handicapé, accompagnant d'élève en situation de handicap (AESH), mais aussi place en établissement spécialisés comme les IME, ...-, son handicap doit officiellement être reconnu par la Maison départementale l'Autonomie. Pour ce faire, les familles doivent remplir un dossier, qui s'avère pour certaines d'entre elles, complexe à comprendre et à renseigner. Les professionnels soulignent ainsi que de nombreuses familles ont besoin d'aide pour le remplissage de ce dossier, mais qu'elles sont aussi souvent en difficultés pour repérer les professionnels qui peuvent les aider. Il serait ainsi pertinent de communiquer largement auprès des parents sur le fait qu'une aide, en cas de besoin, peut être apportée par les travailleurs sociaux des centres médico-sociaux, mais aussi par la médiatrice santé (à Saint-Rambert-d'Albon) et enfin par les bénévoles des grandes associations de familles, notamment l'UNAFAM. On notera cependant qu'une notification de la MDPH n'est pas nécessaire pour bénéficier de l'accompagnement d'un CAMSP⁴².

⁴² Voir site de l'ANESCAMSP (association Nationale des Équipes Contribuant à l'action Médico Sociale Précoce) : <https://anecamp.org/vous-aider-les-camp/>

5.1.2 L'inclusion à l'école, dans la vie de la cité : la nécessité de l'adaptation

Les professionnels rencontrés ont mis l'accent sur le fait que l'inclusion à l'école et plus largement dans la vie de la cité des enfants en situation de handicap ne relève pas seulement d'une ouverture d'esprit ou d'une simple bienveillance. Certes nécessaires, elles ne suffisent pas à ce que l'enfant puisse utiliser les ressources mises à disposition, puisque par définition son handicap, quel qu'il soit, peut créer des obstacles. L'inclusion nécessite ainsi une adaptation de ces ressources et des méthodes ou approches, pour qu'elles deviennent effectivement accessibles et appropriées pour les enfants, à l'école, mais aussi dans les structures d'accueil de loisirs, de clubs culturels ou sportifs. La sensibilisation et la formation des professionnels qui travaillent avec des enfants et adolescents, aux spécificités du handicap, ou plutôt des handicaps, apparaît ainsi comme une nécessité.

Les EMAS⁴³ (équipes mobiles d'appui médico-social pour la scolarisation des enfants en situation de handicap, qui sont souvent composées d'éducateurs et psychologues spécialisés dans le handicap) sont encore souvent mal repérées dans les établissements scolaires, alors qu'elles peuvent apporter un appui très concret et opérationnel aux enseignants, notamment, pour adapter les méthodes d'enseignement ou utiliser certains supports pour améliorer les apprentissages, la vie en classe de l'enfant en situation de handicap.

Si la formation des professionnels de l'éducation, des loisirs apparaît comme indispensable pour bien accueillir les enfants, il reste que beaucoup de ressources manquent pour mettre en œuvre, concrètement, l'inclusion : manque d'AESH pour l'accompagnement en classe, mais aussi manque de places en ULIS à l'école pour les enfants dont le handicap est plus sévère.

Lorsqu'une scolarisation en milieu ordinaire s'avère trop difficile ou impossible pour l'enfant, selon la sévérité de ses difficultés, une scolarité en IME, IEM ou ITEP⁴⁴ pour les plus âgés peut être envisagée. Mais là encore, le manque de place est souvent la règle et les enfants ne peuvent pas toujours être accueillis dans ces établissements, ou le sont parfois mais dans des territoires éloignés de leur famille.

Si la question de la scolarisation des enfants en situation de handicap demeure très complexe, d'autres obstacles à une bonne inclusion de l'enfant sont repérés. On observe ainsi que la garde des tout-petits en situation de handicap est parfois un véritable défi pour les familles. Faute d'être acceptés en crèche, même quelques jours par semaine, certains enfants doivent rester chez eux, gardés le plus souvent par leur mère qui doit en conséquence renoncer à travailler, avec tout ce que cela peut impliquer en termes d'isolement social, mais aussi de perte de revenus, notamment pour les familles monoparentales.

Quelques ressources sont néanmoins repérées sur le territoire. Ainsi Le Pôle Ressource Petite Enfance de la Communauté de Communes peut apporter appui et informations aux familles dont l'enfant est en situation de handicap, mais aussi orienter les professionnels de la petite enfance vers des formations. Enfin, on repère sur certaines communes des initiatives pour faciliter l'accès des familles

⁴³ Équipes mobiles d'appui médico-social pour la scolarisation des enfants en situation de handicap. <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/les-equipes-mobiles-dappui-la-scolarisation-emas>

⁴⁴ Établissements médico-sociaux pour scolariser les enfants en situation de handicap. <https://www.monparcours handicap.gouv.fr/scolarite/comment-seffectue-la-scolarisation-en-etablissement-medico-social>

à des modes de garde : à titre d'exemple, la crèche inclusive d'Anneyron permet d'accueillir quelques tout-petits porteurs de handicap.

5.2 Jeunes et adultes : l'insertion dans la vie de la cité toujours complexe

5.2.1 Des professionnels encore peu sensibilisés le handicap et les besoins des personnes concernées

L'insertion des jeunes et adultes en situation de handicap dans la vie de la cité reste extrêmement complexe et ce d'autant plus qu'elle concerne une multiplicité de domaines. La question du diagnostic et de la reconnaissance se pose toujours, notamment pour les jeunes qui entreprennent parfois tardivement les démarches auprès de la MDPH, ou encore pour les handicaps qui surviennent au cours du parcours de vie. La question de l'accès à l'école, aux études et plus largement à une formation se pose également avec acuité. À cela s'ajoute la question du degré d'autonomie de la personne et de ses possibilités d'accéder à un logement, à un emploi et à des loisirs. Des possibilités qui varient selon la nature et l'ampleur du handicap, mais aussi selon les ressources effectivement en présence.

Les professionnels qui ne travaillent pas dans le champ du handicap sont encore souvent peu informés et sensibilisés à la nécessité et aux moyens d'aider les personnes concernées, notamment en adaptant certains parcours, outils, etc... Même s'il y a de grandes catégories de handicap qui renvoient à des besoins très différents, l'idée transversale de l'adaptation nécessaire des ressources aux besoins et contraintes du handicap, qui va au-delà d'un simple « accueil bienveillant », est le socle qui manque parfois.

De la même manière, les différents professionnels ayant participé au diagnostic local de santé sont souvent très démunis pour mettre en œuvre, concrètement, les adaptations nécessaires, dans le champ d'intervention propre, faute de connaître les différents dispositifs, ressources, aides existants. Il existe pourtant des ressources pour faire progresser la sensibilisation au handicap et l'inclusion dans la vie de la cité, mais elles sont souvent méconnues des acteurs locaux : il s'agit notamment du Dispositif d'Aide et de Coordination (DAC), et aussi de la Communauté 360⁴⁵.

5.2.2 Parcours de santé : des difficultés majorées, des besoins identifiés

Les professionnels rencontrés ont pointé trois domaines dans lesquels les personnes en situation de handicap sont particulièrement défavorisées :

- Un faible accès aux dépistages et à la prévention en général, d'autant plus faible que le handicap est important et entrave leur autonomie et possibilités d'être exposés aux informations dans le cadre scolaire ou professionnel. Les personnes en situation de handicap,

⁴⁵ Communautés 360 : structuration d'un réseau de professionnels soutenant les parcours de vie des personnes. <https://handicap.gouv.fr/communautes-360-structuration-dun-reseau-de-professionnels-soutenant-les-parcours-de-vie-des>

sans emploi et non intégrées dans un établissement peuvent être très éloignées de cette thématique ;

- Des difficultés accrues dans la prise de rendez-vous avec des professionnels de santé, lorsque celle-ci se fait par le biais de plateformes numériques et que les personnes en situation de handicap (cognitif, mental essentiellement) ne sont pas aidées ou accompagnées pour ce faire ;
- Pas ou peu de professionnels de santé savent comment adapter leur consultation ou soins aux personnes en situation de handicap, notamment lorsqu'il s'agit de handicaps cognitifs ou mentaux. En effet, les appréhensions, les craintes, mais aussi les besoins spécifiques d'explications des personnes en situation de handicap peuvent nécessiter des approches différentes, pour à la fois rassurer ces personnes et bien comprendre leur problème de santé, leurs besoins. Par ailleurs, les consultations peuvent nécessiter aussi un temps plus long. Au moment de l'étude, les professionnels rencontrés n'avaient pas connaissance de ressources sur le territoire particulièrement adaptées aux consultations de personnes en situation de handicap. Si l'accès en fauteuil roulant est le plus souvent possible (du fait d'une obligation de mises aux normes des cabinets médicaux et lieux de soins), peu de professionnels de santé sont aujourd'hui formés, et si l'accueil des personnes en situation de handicap est bienveillant, cela ne suffit pas toujours pour parvenir à examiner la personne, à comprendre le problème de santé.

Face à ces difficultés, très répandues au demeurant, les professionnels ayant participé au diagnostic ont proposé deux pistes de réflexion pour améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

La première est de mieux connaître les besoins des personnes en situation de handicap en donnant la parole aux personnes concernées ainsi qu'à leurs familles. Les besoins peuvent être très différents selon les handicaps, mais aussi selon les tranches d'âge, selon l'aide apportée ou non par l'entourage familial, selon le niveau d'insertion dans un logement autonome, une activité professionnelle, etc. Le recueil des besoins est donc une étape nécessaire. Il y a ensuite un besoin qui semble faire consensus qui concerne le développement l'information et la formation des professionnels qui peuvent accueillir et soigner des personnes en situation de handicap. Là encore, l'adaptation de l'accueil et des consultations, voire des soins, doivent être ajustés selon le type de handicap, mais des « bases » peuvent être acquises par les professionnels de santé, de premier recours notamment.

Enfin, une meilleure coopération et articulation des professionnels de santé, et des professionnels du champ du handicap, localement, pourrait permettre des orientations et prises de relai facilitées. La CPTS, mais aussi les acteurs locaux du champ du handicap (associations en présence, établissements, ...) pourraient formaliser des espaces d'échanges pour creuser ensemble, plus avant, les besoins, mais aussi les possibilités pour y répondre de la manière la plus adaptée possible.

5.2.3 Le logement : l'enjeu complexe de l'autonomie

Dans certains cas, le handicap, quel qu'il soit, entrave fortement la possibilité de vivre de manière autonome dans un logement. Mais, dans des cas multiples, le handicap permet une relative autonomie dans le logement, qui doit se construire avec un accompagnement.

Les ressources d'accompagnement sont diverses, mais les professionnels rencontrés ont particulièrement souligné certaines d'entre elles, et leurs limites :

- L'offre de logement intermédiaire (maison relai, appartements avec baux glissants, ...) permet notamment aux personnes qui ont un suivi en psychiatrie, ayant vécu une période d'hospitalisation, de revenir vers un logement autonome, à faible loyer, par étapes. Pendant toute la durée du bail, les locataires bénéficient d'un accompagnement individualisé (aide à la gestion du budget, entretien du logement, relations avec le voisinage, etc.). Ces logements sont souvent situés dans le parc social. Néanmoins, l'offre de ces logements est globalement rare, et peut-être encore plus particulièrement dans les territoires ruraux. Ce sont le plus souvent les bailleurs sociaux qui développent ces offres et il serait peut-être pertinent de travailler avec eux, à des échelles locales, pour recenser les besoins et voir quels seraient les moyens d'augmenter l'offre en présence.
- Les différentes aides à domicile. Selon la nature et l'intensité du handicap, l'aide peut être apportée par un service d'aide à domicile (SAD), pour les actes courants de la vie quotidienne. Mais comme pour les personnes âgées, les difficultés de recrutement et de fidélisation des salariées font que les SAD ne parviennent pas toujours à répondre à toutes les demandes. Il faut parfois recourir à des professionnels spécifiquement formés pour obtenir un accompagnement plus ajusté et notamment aux SAMSAH⁴⁶ (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés), portés par des associations. Cependant, le manque de place dans ces dispositifs fait que toutes les demandes ne sont pas acceptées et tous les besoins ne sont pas couverts.

Faute de pouvoir accéder à ces logements, dispositifs et aides à domicile, une partie des jeunes et adultes en situation de handicap doivent rester vivre chez leurs parents ou du moins avec des membres de leur famille, sans que ce soit un choix de leur part.

5.2.4 Parcours de vie : les autres manques fréquemment repérés

Au-delà du logement, l'accès à la vie de la cité, et notamment aux loisirs pour les personnes en situation de handicap peut également nécessiter une adaptation ou un accompagnement par des professionnels spécifiquement formés. Mais là encore, différents obstacles sont repérés qui entravent une bonne insertion des personnes en situation de handicap, notamment lorsque leur autonomie est plus ou moins réduite.

- Le manque d'informations sur les ressources adaptées et inclusives

En premier lieu, les professionnels soulignent le manque d'informations sur les ressources adaptées et inclusives qui peuvent exister sur le territoire : associations culturelles, clubs de sports, lieux culturels, etc... sont parfois dotés d'équipements spécifiques ou sont dotés de ressources humaines formées à l'accueil de personnes en situation de handicap. Il semble qu'à ce jour, il n'y ait pas de support qui recense les différentes ressources existantes sur le territoire de Porte de DrômArdèche et comment elles peuvent accueillir les personnes en situation de handicap, selon leur handicap.

⁴⁶ SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés. Dispositif médico-social destiné aux personnes adultes en situation de handicap vivant à domicile. <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/glossaire/samsah>

- Les sur-difficultés de mobilité

La mobilité est la deuxième entrave la plus citée par les professionnels. Constituant un frein pour tous les habitants non véhiculés ou ne pouvant conduire, les difficultés de mobilités frappent encore plus durement les personnes en situation de handicap, parce qu'elles ne peuvent pas conduire, ou n'ont pas les ressources pour acquérir un véhicule adapté, lorsqu'elles ont des difficultés à marcher, à se déplacer.

- Les freins économiques : souvent plus présents chez les personnes en situation de handicap

La question des ressources a été évoquée par les professionnels comme un frein à l'accès aux ressources de loisirs et de lien social. En effet, les personnes en situation de handicap sont davantage concernées par des revenus modestes voire par la précarité que la population générale, notamment du fait d'un moins bon accès à l'emploi, et plus encore à des emplois bien rémunérés. Les freins économiques⁴⁷ impactent donc l'accès des personnes en situation de handicap aux ressources de mobilités, mais aussi à toutes les ressources payantes culturelles, sportives, de loisirs, et ce point est encore souvent ignoré ou insuffisamment pris en compte.

- Les ressources d'accès à la vie sociale et aux loisirs : souvent saturées

Des dispositifs d'aide spécifiques pour l'aide à l'accès à la vie sociale et aux loisirs existent sur le territoire et les professionnels repèrent au moins deux types de dispositifs qui couvrent le territoire, tous deux portés localement par l'ADAPEI26 :

- Un SAVS⁴⁸ (Service d'accompagnement à la vie sociale)
- Un SAJE⁴⁹ (Service d'Accueil et d'accompagnement de jour).

Mais le nombre de places au sein de ces dispositifs (qui couvrent souvent des territoires beaucoup plus larges, parfois jusqu'à l'échelle départementale) reste faible face aux besoins, et les files actives saturées font que certaines personnes en situation de handicap restent sans solution d'aide, se tournant alors vers la grappe familiale, si elle se trouve à proximité et que les relations sont bonnes... Mais les ressources familiales ont aussi leurs limites.

- Le risque d'épuisement des aidants naturels

Lorsque le handicap réduit de manière conséquente l'autonomie de la personne concernée, sa dépendance aux proches familiaux peut être forte et d'autant plus importante que le recours à des aides extérieures est difficile ou impossible, faute de revenus suffisants, de places dans les dispositifs etc. Du côté des familles, des proches, l'aide apportée à la personne en situation de handicap peut mobiliser beaucoup de temps et d'énergie, parfois sur fond de renoncement à un emploi et plus

⁴⁷ Emploi : la difficile insertion des personnes handicapées. 12 % des personnes reconnues handicapées étaient au chômage en 2022, 1,7 fois plus que la moyenne nationale. Près des deux tiers des travailleurs handicapés sont employés et ouvriers, contre à peine la moitié de la population en emploi. Observatoire des Inégalités – Novembre 2023. <https://inegalites.fr/Emploi-la-difficile-insertion-des-personnes-handicapees>

⁴⁸ SAVS <https://www.monparcours handicap.gouv.fr/glossaire/savs>

⁴⁹ SAJE. <https://www.adapei-drome.org/etablissements/pole-accueil-specialise-pour-adultes/saaj-adapei-26-drome>

simplement à un repos suffisant. Le risque d'épuisement des aidants naturels est alors important et génère des effets délétères sur la santé des aidants et sur le lien aux aidés.

- La vie intime affective et sexuelle : des besoins encore grandement invisibilisés⁵⁰

La vie intime affective et sexuelle des personnes en situation de handicap qui sont concernées par une perte conséquente d'autonomie, et plus encore si le handicap est d'ordre cognitif ou mental est un sujet complexe, souvent entouré de nombreux tabous. Sujet peu documenté et traité il y a encore 10 ans, il émerge à la fois comme une problématique de santé publique et aussi sous forme de réponses qui commencent à être apportées, très largement par le secteur associatif et par certains établissements médico-sociaux.

Les enjeux sont ici nombreux, mais les professionnels rencontrés ont particulièrement soulevé deux sujets, sur lesquels il pourrait être pertinent et possible de commencer à travailler à une échelle locale :

- La prévention des cancers féminins, et masculins

Ce sujet recouvre à la fois le suivi gynécologique des femmes (accès aux frottis, mammographies) pour dépister les cancers du sein et du col de l'utérus, mais aussi la vaccination contre les papillomavirus (HPV) chez les adolescents (filles et garçons). Les HPV sont responsables de près de 100% des cancers du col de l'utérus et de près de 30% des cancers de l'oropharynx.

- Le consentement et la prévention des violences sexuelles

Les personnes en situation de handicap sont plus concernées que la population générale par les violences sexuelles, quelles qu'elles soient⁵¹. Il est donc essentiel de mieux protéger ces personnes en les informant, formant (sur leurs droits, les recours, les moyens de se protéger), mais aussi en formant les professionnels des établissements qui les accueillent dans le cadre du logement, de la formation, de l'emploi (ESAT, foyers, ITEP, ...).

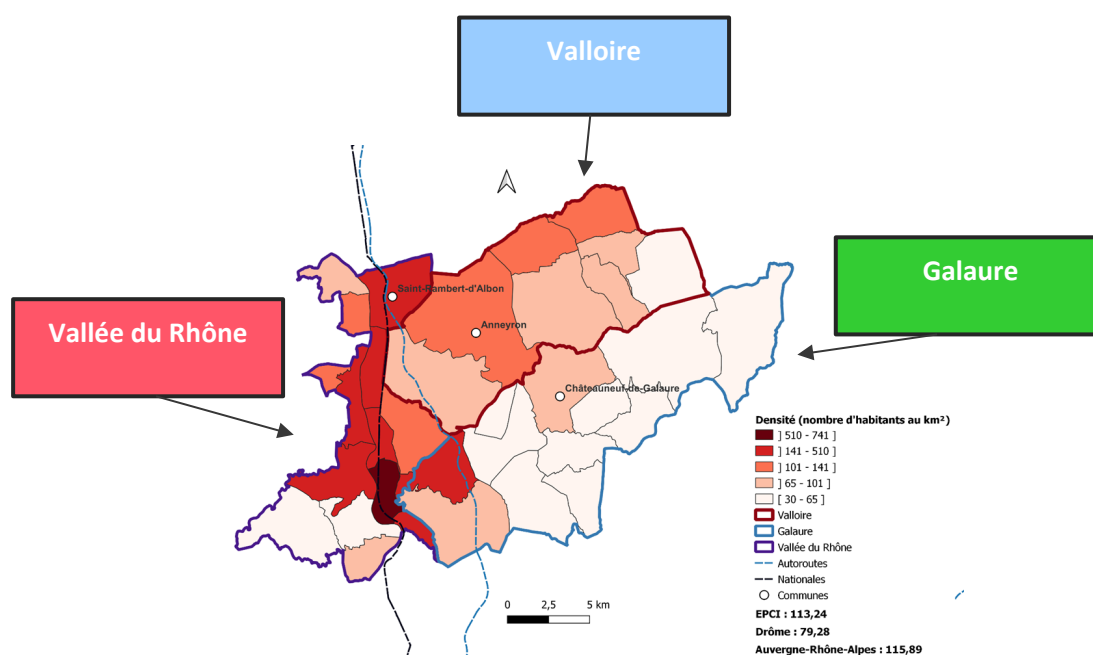
⁵⁰ Vie intime, affective et sexuelle : de quoi parle-t-on ? <https://www.monparcours handicap.gouv.fr/vie-intime-et-parentalite/vie-intime-affective-et-sexuelle-de-quoi-parle-t>

⁵¹ Les personnes handicapées sont plus souvent victimes de violences physiques, sexuelles et verbales- DREES- Études et résultats- Juillet 2020 n°1156. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er1156.pdf>

6 Constats des élus

Les élus des communes ont été rencontrés sur chacune des 3 unités territoriales définies pour la réalisation du diagnostic local de santé :

- Vallée du Rhône
- Valloire
- Galaure



Lors des entretiens collectifs sur leurs territoires respectifs, les élus ont pu faire émerger des points forts, des points faibles et des points d'attention qui leur semblaient particulièrement saillants sur leur territoire, ou des préoccupations qui, sans être spécifiques, pouvaient mériter une attention particulière dans le cadre du diagnostic local de santé.

6.1 Trois sous-territoires : des enjeux communs et transversaux

Les élus qui ont été rencontrés dans le cadre du diagnostic local de santé convergent sur plusieurs points, qui concernent au final les habitants de toute la communauté de communes, à des degrés divers. Ces points constituent des atouts ou parfois des fragilités et sont autant de déterminants plus ou moins favorables à la santé.

6.1.1 Un environnement naturel qualitatif et diversifié... Mais de très fortes contraintes de mobilité

La communauté de communes de Porte de DrômArdèche comprend des unités urbaines qui jouent un rôle de pôles de centralité à l'échelle du territoire, tout particulièrement sur la vallée du Rhône (Saint-Vallier et Saint-Rambert-d'Albon notamment). Néanmoins, le territoire est majoritairement rural avec une **qualité paysagère à la fois très qualitative et diversifiée**. Le Rhône et la Via Rhôna sont souvent

cités, ainsi que les paysages de la Drôme des Collines, comme étant très appréciés des habitants et permettant la pratique de multiples activités physiques et sportives. Balades ou cyclisme sur la Via Rhôna, randonnées et sports nautiques sur le Rhône, mais aussi tranquillité des zones rurales et beauté des paysages sont les grands points forts du territoire, qui de fait à une réelle attractivité touristique, et dont l'épicentre est peut-être le Palais Idéal du Facteur Cheval, à Hauterives. Ces éléments sont à la fois des **facteurs d'attractivité pour le territoire, mais aussi des leviers de bonne santé physique et mentale pour les habitants.**

Le revers de la médaille, comme c'est toujours le cas dans les zones rurales, est le **très faible réseau de transports en commun**, pour relier les petites communes aux villes-centres notamment. Les habitants qui ne peuvent conduire ou qui n'ont pas de véhicule se trouvent très rapidement en grandes difficultés, à moins qu'ils n'habitent dans l'une des deux villes qui possèdent une gare desservie par la SNCF : Saint-Vallier et Saint-Rambert-d'Albon. Il semble que quelques rares communes du territoire aient mis en place des solutions de transports de proximité (notamment pour les personnes âgées non véhiculées), mais les habitants du territoire sont très majoritairement dépendants de la voiture. Outre les risques inhérents à la circulation routière, en termes d'accidentologie, la sédentarité est l'autre grand point noir en lien avec un usage presque exclusif de la voiture. Les enjeux de marchabilité en proximité sont ainsi d'autant plus importants que les habitants sont obligés de se déplacer en voiture pour faire leurs achats, se rendre sur leur lieu de travail, etc. **Les petits circuits de marche « détente », de promenade, utilisables en semaine ou le week-end, peuvent contribuer à lutter contre la sédentarité**, notamment pour les habitants qui ne pratiquent pas d'activité physique ou sportive en association, salle de sport ou club.

6.1.2 Le mal-logement : une problématique en zones urbaines et rurales

La problématique du mal-logement recouvre des réalités différentes et est, dans tous les cas, reconnue comme un déterminant défavorable à une bonne santé, mentale ou physique. Du sentiment de relégation sociale avec ce qu'il peut entraîner en termes de mal-être voire de dépressivité, jusqu'aux problématiques de précarité énergétique, qui peuvent favoriser les problèmes respiratoires, jusqu'aux moisissures et concentrations de composés chimiques entraînés par de mauvais systèmes (ou pratiques) d'aération, en passant par la non-adaptation au vieillissement, le logement est au cœur de la santé.

En premier lieu, **le vieillissement met en exergue des fragilités du logement qui pouvaient apparaître comme des atouts à d'autres époques du parcours de vie.** Marches, escaliers, étages, mais aussi baignoires qui ont pu faire l'agrément de logement individuels souvent aussi entourés de jardins privés, deviennent autant de piège lorsque les fragilités physiques ou cognitives apparaissent. A l'instar des professionnels rencontrés, les élus constatent que les habitants anticipent rarement cette étape de leur vie et adaptent souvent trop tardivement leur logement, parfois après une chute. La non-anticipation des difficultés qui surviennent souvent après 75 ans, la méconnaissance des aides possibles (notamment avec Soliha), et aussi la crainte du coût des travaux ou du reste à charge sont autant de freins à une adaptation du logement, au bon moment, alors que les personnes sont encore dans une bonne forme physique.

L'autre point d'alerte est la **présence de logement insalubres ou précaires sur le territoire.** Là encore, la crainte de l'augmentation des loyers, du coût du chauffage sont des freins importants... Et certains bailleurs privés, impécunieux ou peu scrupuleux, continuent à louer des logements qui ne sont pas

conformes aux normes de qualité. Certaines communes ont tenté de mettre en place un « permis de louer » pour garantir la qualité des logements mis sur le marché de la location, mais les élus constatent que dans les faits, très peu de sanctions sont prononcées à l'encontre des bailleurs concernés. Les leviers pour lutter contre les logements insalubres restent donc faibles.

6.1.3 Les ressources de lien social : un territoire globalement bien doté

Les élus sont également unanimes sur le fait que le territoire possède un **tissu associatif à la fois très fourni et diversifié, qui s'adresse à toutes les tranches d'âges et couvre une majorité de communes**. Pour tous ceux qui en ont l'envie (et qui ont un véhicule), les possibilités d'activités physiques, sportives, mais aussi culturelles sur le territoire sont un vrai atout pour la santé physique et mentale, notamment à travers le lien social qu'elles favorisent.

Pourtant, les élus ont également exprimé des **inquiétudes sur la question de la santé mentale, malgré toute la richesse des ressources locales**. En premier lieu, tous constatent les dégâts de la crise du Covid-19 : des habitants, de tous âges, sont restés dans une posture de repli sur soi et d'appauvrissement du lien social « en présentiel » qui, même chez les jeunes, n'est pas compensé par les « sociabilités numériques ». **Les 15-25 ans par ailleurs, restent difficiles à toucher** : parfois réticents aux formats collectifs et surtout aux activités organisées par les adultes, ils aspirent plus souvent à se retrouver entre eux, sans le regard (et les contraintes) des adultes. Se regroupant parfois dans les city-stades, ou dans les lieux abrités des intempéries, ils ont peut-être plus de difficultés à se retrouver dans les zones rurales, du fait des difficultés de mobilité. Reste que certains jeunes, se tournent presque exclusivement vers les écrans, ce qui inquiète les élus, et plus généralement leurs parents.

Enfin, du fait de ses qualités et points forts, le territoire attire de nouveaux habitants, qui contribuent à dynamiser la vie locale, tout particulièrement au travers de la scolarisation de leurs jeunes enfants. Reste que ces habitants qui continuent à travailler à l'extérieur du territoire et qui conservent leurs liens sociaux dans leur territoire d'origine, ont parfois peu d'appétence (ou de temps) pour s'insérer dans le tissu associatif et social local. **« Anciens » et « nouveaux » ne se connaissent ainsi pas toujours, et la redynamisation des communes, en termes de lien social, reste parfois suspendue aux rencontres ou à l'entraide qui se nouent autour des enfants** (garde ponctuelle, partage de transport, invitations à jouer, ...), sans que cela ne se propage au reste des activités dans la commune (fêtes, vie associative, ...)

6.1.4 Les enjeux de santé visibles et moins visibles pour les élus

Les élus ont largement souligné leurs préoccupations concernant l'accès des habitants aux ressources de santé de premier recours, et notamment aux médecins généralistes. Alors que la perte du médecin traitant est un phénomène de plus en plus courant, et complexe, puisque les médecins qui partent en retraite sont rarement remplacés, **les élus soulignent qu'il est nécessaire de poursuivre les efforts pour attirer des médecins sur le territoire**. Le centre de santé intercommunal situé à Saint-Rambert-d'Albon a permis le recrutement de plusieurs médecins salariés, mais ces derniers ne peuvent faire face à toutes les demandes du territoire. L'enjeu reste donc de travailler pour que d'autres médecins fassent le choix de s'installer sur le territoire.

Au-delà, le problème se pose aussi de manière aiguë en matière **d'accès aux chirurgiens-dentistes, qui se sont raréfiés sur le territoire**. Enfin, l'accès aux spécialistes reste complexe et « classique » en rural,

même si l'hôpital de Saint-Vallier constitue une ressource précieuse, notamment avec les consultations externes.

La nécessité de déployer des actions de sensibilisation, de prévention et de dépistage, sur le diabète mais aussi sur les maladies cardio-vasculaires sur tout le territoire, y compris sur les communes les plus rurales, a également été soulignée. Les acteurs de prévention, hormis les médecins généralistes, étant peu nombreux sur ces territoires, il pourrait être pertinent de s'appuyer sur les **manifestations évenementielles** pour réaliser des actions thématiques, de dépistage ou de sensibilisation à certains sujets, par exemple lors des fêtes de village, y compris éventuellement avec des stands dédiés.

La « malbouffe » et son cortège d'effets néfastes pour la santé est aussi un phénomène pointé par les élus. Les difficultés de certains habitants sont de plus en plus visibles, souvent liées avec des fragilités économiques et le coût des denrées alimentaires. Mais le manque d'habitude de cuisiner, de consommer des légumes, est aussi manifeste chez certains. **De surcroît, les surplus alimentaires des grandes surfaces, qui permettent d'organiser des distributions de colis alimentaires aux plus précaires, sont semble-t-il de moins bonne qualité et moins abondants.** La précarité alimentaire est ainsi un fort sujet de santé publique, auquel les élus sont très sensibilisés : l'insuffisance alimentaire ou le mauvais équilibre alimentaire (largement en cause dans la prévalence du diabète, importante sur le territoire) sont des thèmes déjà travaillés sur la communauté de communes, notamment dans le cadre **du Plan Alimentaire du Territoire (PAT)**.

À l'inverse, les entretiens collectifs ont montré que **les élus sont encore peu informés sur les enjeux de lutte contre la sédentarité** (autre grand fléau en lien avec le surpoids, le diabète et les maladies cardio-vasculaires). Or, l'activité sportive, et plus largement l'activité physique sont aujourd'hui reconnues comme étant l'un des socles incontournables pour une bonne santé physique, mais aussi psychique. S'il reste complexe d'inciter les habitants à pratiquer une activité ou un sport, en club ou en salle, **les activités physiques simples et en proximité, et tout particulièrement la marche, sont un levier puissant d'activité physique.** L'urbanisme (ou l'aménagement) favorable à la santé⁵² sont aujourd'hui des approches fortes en santé publique qui peuvent se décliner par des actions simples, localement : renforcer la signalisation des parcours de marche, mettre des bancs ou de l'ombrage sur des parcours de promenade possibles, améliorer l'état des trottoirs, etc. L'urbanisme favorable à la santé renvoie ainsi aux déterminants de santé qui sont directement du ressort des élus.

Autre thématique peu spontanément visible, ou qui peut être banalisées : les addictions ou consommations problématiques de substances psychoactives, notamment le tabac et l'alcool. Interrogés sur ces points, les élus confirment que le tabac reste un problème pour certains habitants et notamment les plus défavorisés, mais aussi pour les personnes qui vivent un isolement subi. Ces consommations sont souvent en lien avec des enjeux de mal-être (stress, anxiété, dépression, ...), ou quelquefois des habitudes ancrées dans une tradition locale (autour de l'alcool notamment), créant parfois des pratiques sur lesquelles certaines personnes perdent le contrôle. Dans tous les cas, les élus constatent qu'il est difficile d'en parler avec les personnes concernées... Et qu'il est aussi difficile de les orienter, les ressources d'aide étant absentes sur le territoire, et plus globalement peu ou pas connues.

⁵² Urbanisme Favorable à la Santé.

<https://www.ehesp.fr/recherche/domaines-et-champs-de-recherche/urbanisme-favorable-a-la-sante-ufs/>
<https://www.ehesp.fr/2014/09/16/nouveau-guide-agir-pour-un-urbanisme-favorable-a-la-sante-concepts-outils/>

6.2 La vallée du Rhône

Les élus rencontrés en vallée du Rhône ont particulièrement souligné **l’atout que représentent le Rhône et la Via Rhôna**, qui sont l’axe majeur du territoire, pour les habitants. Bien repérés et bien utilisés par les habitants, ces deux atouts, et particulièrement la Via Rhôna, sont l’illustration même que les **habitants s’approprient rapidement et facilement les parcours de marche qui sont bien aménagés**.

Les élus ont également souligné l’atout que représente **la concentration de ressources de santé**, qui réduit les contraintes de mobilité : centre hospitalier, CMP, centre de santé intercommunal, centre de santé sexuelle sont présents et insérés dans le tissu urbain, le plus souvent en proximité des gares SNCF. Ces points forts facilitent l’accès géographique aux soins pour les habitants, même non véhiculés, du fait d’un meilleur maillage en transports en commun (train, mais aussi lignes de bus de la région).

Le territoire se caractérise aussi par le tissu urbain le plus dense de toute la communauté de communes. Si les habitants de ces communes sont plus proches de plusieurs ressources de santé, ils ne bénéficient pas toujours, en revanche, d’un tissu local où les solidarités traditionnelles persistent, ce qui serait davantage vérifié dans les petites communes rurales. **Le tissu social est décrit comme « plus éclaté » en milieu urbain, avec aussi des publics à la fois précaires et socialement isolés**, parfois peu visibles du fait d’un évitement des ressources de lien social ou même des ressources d’aide.

Certains des élus rencontrés sont particulièrement préoccupés par certaines de **ces familles, concernées à la fois par la précarité** (qui engendre, notamment, une précarité alimentaire), **mais aussi des problématiques familiales et éducatives, et enfin des problèmes de santé, voire de handicap...** Ces situations sont semble-t-il de plus en plus nombreuses et complexes à gérer, et sont particulièrement visibles lorsqu’elles touchent des enfants. Le cumul de difficultés familiales, sociales, éducatives et de santé fait que certains de ces enfants s’intègrent difficilement au cadre scolaire, mais aussi au cadre des IME ou des ITEP et peuvent se retrouver parfois sans solution adaptée à leurs besoins. Ces constats font écho aux indicateurs socio-démographiques et sanitaires de la partie quantitative qui soulignent que la précarité, mais aussi les problématiques de santé et de handicap sont plus marquées en vallée du Rhône, que sur les deux autres territoires de la Communauté de Communes. Face à ces problématiques, les élus restent démunis, les professionnels sont en souffrance, et les enfants sans solution adaptée, dans des contextes familiaux de surcroît parfois extrêmement fragiles et peu étayant pour les enfants.

Enfin, du fait même de la présence de ressources de la psychiatrie publique, les élus constatent que le territoire abrite **une part importante de personne en situation de difficultés psychiques, qui sont venues habiter en proximité des ressources de soins**. De facto, il est reconnu qu’il est plus facile, pour les personnes concernées par une pathologie mentale, d’habiter en zone urbaine, où le suivi et les réguliers sont facilités par la proximité des ressources. **Ce qui est de prime abord un point fort, peut néanmoins être perçu comme un point faible par la population**. Ainsi, certaines de ces personnes, en suivi psychiatrique, peuvent avoir des comportements étranges ou inquiétants, dans des espaces publics, et être perçus comme un possible danger. Il ne semble pas que ces craintes de certains habitants soient fondées sur un nombre de délits ou d’agressions supérieur à d’autres territoires ou particulièrement inquiétant, en lien avec les personnes suivies en psychiatrie vivant sur ces communes... Mais les appréhensions demeurent et le « vivre ensemble » reste difficile, qui renvoie à

une insertion sociale complexe pour les personnes concernées. Ce constat renvoie à l'enjeu de l'accompagnement social, adapté, dont ont besoin ces personnes, pour que leur insertion dans la vie de la cité soit la meilleure possible. La saturation des files actives des SAVS, notamment, constitue l'un des freins à une bonne insertion sociale pour ces personnes qui ont besoin d'aide, à la fois pour vivre en autonomie, mais aussi pour être intégrées au tissu social, au travers d'un accompagnement et d'un accès approprié aux loisirs, de lien social.

6.3 La Valloire

Les élus du sous-territoire de « la Valloire » soulignent aussi **les avantages d'un environnement naturel pour les habitants** : calme, qualité paysagère, parcours de randonnée sont parmi les avantages les plus mis en avant. Au-delà, un bon accès à l'A7, mais aussi à la gare de Saint-Rambert-d'Albon donnent aux élus le sentiment d'être bien reliés à cet axe majeur, qui mène à la fois aux bassins d'emploi, et aux ressources de santé et ressources commerciales. L'A7 constitue toutefois un motif d'inquiétude, en lien avec la **qualité de l'air et le bruit**, pour certains habitants semble-t-il. Une association d'habitants s'est ainsi constituée autour de cet enjeu. La question de la qualité de l'air et du bruit est un point de questionnement et de craintes pour certains riverains, tout le long de l'A7, les données environnementales montrant effectivement une importante concentration de particules fines, tout le long de l'autoroute.

Malgré un environnement globalement très qualitatif, propice aux balades ou aux randonnées, les élus constatent que **la sédentarité s'aggrave** chez beaucoup de leurs concitoyens, jeunes ou adultes. **La marche de proximité est encore peu développée et la pratique du vélo se heurte à la dangerosité de certaines routes, mais aussi au dénivelé**, pour ceux qui n'ont pas de vélo électrique... Et, tous les habitants ne sont pas amateurs de randonnée. En revanche, plusieurs communes possèdent des équipements sportifs conséquents et des salles de sport privées se sont également implantées. Ces ressources sont de réels leviers de lutte contre la sédentarité, même si idéalement, cette lutte ne doit pas être réservée à quelques heures par semaine, mais devrait être menée tous les jours.

La question du **lien social** a aussi été abordée par les élus : le constat se répète ici. **Les liens sociaux ont peu à peu été modifiés par le fait que les bassins d'emploi sont situés à l'extérieur du territoire**. Les habitants, nouveaux mais aussi anciens, vivent aujourd'hui à d'autres échelles, du fait de leur travail, mais aussi de leurs loisirs, et un **désinvestissement du lien social de proximité est largement constaté, défavorable aux personnes isolées et qui sortent peu du territoire**.

Un point d'inquiétude a été signalé par certains élus concernant le trafic de stupéfiants. Comme dans beaucoup de territoires urbains, certaines communes, notamment en proximité de la gare et de l'A7, sont touchées par des **activités de deal**. Si la consommation de substances psychoactives illicites concerne aujourd'hui tous les territoires en France, les points de deal (trafic) représentent un danger spécifique et qui peut se surajouter aux dangers de la consommation. Entrée dans une activité délinquante, enjeux possibles de désaffiliation et de développement d'autres conduites à risques, renvoient à des enjeux de mal-être, pas toujours bien conscientisés par les jeunes concernés, mais néanmoins présents.

Enfin, le succès des jardins partagés constitue l'un des points fort du territoire. Ces jardins notamment situés à Saint-Rambert-d'Albon sont **plébiscités par les habitants : 80 personnes sont aujourd'hui identifiées comme intervenant dans ces jardins** et notamment des résidents des

logements sociaux de la commune. Des listes d'attente semblent commencer à apparaître, qui témoignent d'un bouche-à-oreille positif et d'un réel engouement pour le jardinage, dans des espaces collectifs, même si les parcelles sont individualisées. **Les jardins partagés sont véritablement une ressource pertinente pour la santé physique et mentale** : ils donnent accès à une alimentation plus diversifiée et plus saine, où la part de légumes augmente, ils génèrent une activité physique très intéressante pour lutter contre le diabète et les risques cardio-vasculaires et enfin ils représentent une opportunité de lien social et de rupture de l'isolement, très opérationnelle pour favoriser une bonne santé mentale.

6.4 La Galaure

La Galaure est peut-être la partie la plus rurale du territoire, même si la ville de Châteauneuf-de-Galaure, pôle de centralité, concentre plusieurs services et ressources propres aux espaces urbains. Plusieurs élus ont souligné **l'importance que conservent les fêtes de village**, mais aussi les **fêtes des conscrits**, où la participation des habitants reste importante, ce qui constitue un **levier de lien social, de rupture de l'isolement et donc une ressource de bien-être et de bonne santé mentale**. Pour certains élus, ces fêtes pourraient d'ailleurs également devenir un support pour déployer des messages ou des actions de prévention, de dépistage (par exemple de l'hypertension, ...) et plus largement de santé publique.

Ce dynamisme se reflète aussi dans certaines initiatives qui mériteraient d'être analysées plus avant, pour identifier les conditions de leur transférabilité sur d'autres territoires. Ainsi, une commune du territoire a **mis à disposition des jeunes, un local, dans lequel ces derniers peuvent se retrouver**, sans être sous la surveillance directe d'adultes. Si les adultes « *ne sont pas loin* », ils ne sont néanmoins pas dans le local : les jeunes gèrent cet espace dans une relative autonomie et peuvent se réunir à l'abri des intempéries, en sécurité. Jusqu'ici aucun débordement ne semble avoir été constaté et cette expérimentation montre qu'il est possible de répondre aux attentes des jeunes des zones rurales qui, moins mobiles, ont plus de mal à se retrouver en présentiel pour partager des activités de loisirs et tout simplement discuter.

De même, il semble que certaines communes mènent des expérimentations de **transport local, en minibus**, pour aider les habitants non véhiculés à accéder à certaines ressources dans les villes-centres du territoire. Il serait intéressant, d'évaluer ces démarches, qui d'emblée semblent positives pour la santé, dans la mesure où elles peuvent faciliter l'accès à des ressources de lien social, à des ressources de santé.

Cependant, et malgré le dynamisme des communes, les élus observent un **réel isolement chez certaines personnes âgées en perte d'autonomie**. Alors que les jeunes seniors, souvent en « plein forme » attendent des propositions spécifiques pour développer des activités sportives, de loisirs en proximité, les plus âgés du territoire qui ne conduisent plus, sont à la fois enclavés géographiquement et socialement. Les élus et CCAS demeurent vigilants pour repérer les signaux d'alerte chez les personnes âgées isolées et les aider, tout en constatant que les propositions d'actions collectives, y compris en matière de prévention, n'attirent pas ces personnes. L'appétence pour les actions collectives ne va pas de soi et certaines personnes souhaitent rompre leur isolement, mais par des relations interpersonnelles ou dans des très petits groupes. Rencontrer des groupes d'inconnus peut être une charge mentale pour ces personnes âgées.

Il est à noter également que **l'évènement départemental « Le printemps des aidants », dédié aux aidants naturels est bien suivi localement**, reflet des besoins des habitants aidants du territoire, qui vivent notamment avec ou en proximité de personnes âgées.

Au-delà des personnes âgées, la Galaure est aussi concernées par les évolutions socio-démographiques : les habitants qui travaillent loin du territoire, qui ont des réseaux sociaux et des loisirs hors du territoire s'investissent peu dans les activités et le lien social de proximité. De surcroît, les effets du Covid-19 et notamment les effets de « repli sur soi » qu'il a engendré se font encore sentir. Ces évolutions constituent un point d'attention, car elles peuvent intensifier **l'isolement des personnes âgées, des personnes vulnérables** qui sortent peu du territoire.

Les élus ont souligné leur inquiétude concernant certaines **familles à la fois isolées et socioéconomiquement défavorisées**, qui peinent dans leur vie quotidienne, au plan alimentaire, de l'accès aux soins, mais qui, peut-être par crainte de la stigmatisation sociale, **ne font pas de démarches de demandes d'aide**.

Enfin, l'un des points faibles du territoire, comme cela est pratiquement devenu la règle en rural, est le manque de médecins traitants. Cependant, là encore, des initiatives ont émergé qui, si elles ne se substituent pas à une offre médicale, peuvent cependant sensiblement faciliter et améliorer la réponse à certains besoins de santé. Les élus ont ainsi souligné le rôle des **pharmacies dont certaines proposent des téléconsultations**. Si cette offre ne résout pas les besoins complexes, elle peut permettre d'apporter une première réponse rapide aux petits problèmes de santé. Il semble également que sur certaines communes, des **médecins retraités se soient mobilisés pour proposer des temps de consultations**, une piste qui semble prometteuse et qui pourrait peut-être être développée. Enfin, on note que la Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Châteauneuf-de-Galaure compte une **infirmière Asalée** (qui fait également des permanences sur Anneyron) qui constitue à la fois une ressource d'écoute et d'aide au suivi de certaines pathologies chroniques, particulièrement intéressante pour les personnes âgées ou à mobilité réduite.

PROPOSITION DE THÉMATIQUES POUR L'ÉLABORATION DE FICHES ACTION, PAR LES PROFESSIONNELS

Les professionnels rencontrés dans le cadre du diagnostic local de santé, ont été mobilisés sur un premier temps de travail pour faire état et partager leurs constats sur les besoins de santé du territoire. Ils ont ensuite été mobilisés un second temps, pour réfléchir ensemble à des thématiques pertinentes qui pourraient être traitées en fiches action dans le cadre du Contrat Local de Santé. Les professionnels ont ainsi réfléchi à des « pré-fiches actions » (transmises à la Communauté de Communes, mais non publiées, car il s'agit avant tout de documents de travail) qui portaient sur les sujets suivants :

➤ **Handicap**

- L'accès des personnes en situation de handicap aux dépistages et soins
- L'aide aux aidants de personnes en situation de handicap

➤ **Personnes âgées**

- L'accès au dépistage et aux soins des personnes âgées
- L'aide aux aidants de personnes âgées et la prévention de leur épuisement
- L'accès des personnes âgées aux ressources de prévention, de soins et de bien vieillir, par une information adaptée
- L'accès au transport motorisé vers ressources sanitaires, de loisirs, de « bien vieillir »

➤ **Santé mentale**

- Faire connaître et affiner l'offre de soins en santé mentale
- Améliorer l'accès des enfants et adolescents aux soins
- Améliorer l'accès à la prévention et aux soins en addictologie
- Développer les ressources d'étayage en santé mentale

PROPOSITION DE PISTES DE RÉFLEXION

À l'issue de ce Diagnostic Local de Santé, et à la croisée des données quantitatives et qualitatives, recueillies auprès des professionnels intervenant sur le territoire et des élus, 8 propositions de pistes de réflexion émergent, pour nourrir l'élaboration ou l'évolution du Contrat Local de Santé, qui sont les suivantes :

1/ Favoriser la mise en lien des acteurs de santé (au sens large) du territoire

- Notamment la CPTS et le centre hospitalier Drôme-Vivaraïs, autour des besoins de soins en santé mentale des habitants du territoire, enfants, adolescents et adultes
- Les différentes communes porteuses d'initiatives ayant un impact favorable sur la santé (groupes de marche, local mis à disposition des jeunes (lien social), transports de proximité, actions de prévention et de dépistages lors de fêtes de village, ...)

2/ Informer /former les professionnels volontaires du territoire aux étapes-clés du « parcours de soin » (santé somatique et psychique)

- Le repérage de certains signes d'alerte (santé physique ou psychique)
- Les messages de prévention à diffuser
- Les ressources et modalités d'orientation vers le soin (Qui ? Pour quels besoins ? Où ? Comment ?)

3/ Renforcer /soutenir l'aide aux déplacements des publics/l'accès en proximité des plus vulnérables, notamment en ce qui concerne les ressources de santé

- Handicap, pathologies chroniques : transports sanitaires sur de courtes distances
- Ressources mobiles / « d'aller vers », les publics les plus enclavés, précaires, éloignés des ressources de santé et de prévention

4/ Communiquer/valoriser toutes les ressources locales favorisant l'activité physique et le « bien manger » (cf. lutte contre diabète et MCV)

- Fléchage des « parcours de balades » dans et à proximité des communes, les parcours de randonnées de proximité

- Information et communication sur les jardins collectifs/partagés
- Mutualisation de certaines initiatives/ressources entre communes : Plan Alimentaire Territorial (PAT), jardins partagés, actions nutrition, ...

5/ Renforcer / soutenir les ressources locales d'écoute et d'étayage (cf. santé mentale)

- Première écoute et soutien psychosocial, pour prévenir une aggravation de la souffrance psychique, faciliter/préparer un éventuel accès aux soins psychiques
- Aide aux aidants naturels, pour prévenir leur épuisement

6/ Soutenir et développer les initiatives pour favoriser le lien social et le « vivre ensemble », pour réduire le risque d'isolement, de mal-être (cf. santé mentale)

- Ressources pour rompre la solitude / faciliter l'insertion dans un lien social. Ex : Évènements festifs dans les communes
- Ressources d'inclusion et d'adaptation aux besoins des personnes en situation de handicap (logement, loisirs, lien social)

7/ Explorer les enjeux locaux en matière d'addictions et consommations problématiques, notamment tabac et alcool (cf. santé mentale)

- Analyser plus spécifiquement les besoins
- Examiner les possibilités de développer des ressources de prises en charge en proximité (permanence/antenne CSAPA ?)

8/ Développer la communication sur les risques pour la santé du mal-logement et sur toutes les aides possibles (cf. anticipation vieillissement et perte d'autonomie/prévention chutes)

- Anticipation et adaptation du logement au vieillissement
- Lutte contre l'habitat indécemment ou insalubre

GLOSSAIRE

ALD	Affection Longue Durée
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
ASPA	Allocation de solidarité aux personnes âgées
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CIDFF	Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles
CJC	Consultations Jeunes Consommateurs
CLIC	Centre Local D'information et de Coordination gériatrique
CLS	Contrat Local de Santé
CLSM	Conseil Local en Santé Mentale
CMP	Centre Médico-Psychologique
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSS (ou C2S)	Complémentaire Santé Solidarité
CSS	Centre de Santé Sexuelle (anciennement Centre de Planification et d'Éducation Familiale)
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EMS	Établissements Médico-Sociaux
ESAT	Établissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS	Établissements et Services Médico-Sociaux
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
HAPI	Habitat Accompagné Partagé et Inséré dans la vie sociale
HDJ	Hôpital De Jour
IDE	Infirmière Diplômée d'État

IME	Institut Médico-Éducatif
ITEP	Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique
MARPA	Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Âgées
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
PAEJ	Point d'Accueil et d'Écoute Jeunes
PAT	Plan Alimentaire Territorial
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PTSM	Projet Territorial de Santé Mentale
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SISM	Semaines d'Information sur la Santé Mentale
TISF	Technicienne en Intervention Sociale et Familiale
SAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SSIAD	Service de Soins Infirmiers À Domicile



OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Site de Lyon

9 quai Jean Moulin 69001 LYON

Tél. 04 72 07 46 20

contact@ors-auvergne-rhone-alpes.org

www.ors-auvergne-rhone-alpes.org

Site de Clermont-Ferrand

58 allée du Pont de la Sarre 63000 Clermont-Ferrand

Tél. 04 73 98 75 50