

# DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE SANTE

VILLE DE MONTPELLIER – 2022

PREFIGURATION DU CONTRAT LOCAL DE SANTE DE LA VILLE DE MONTPELLIER



RÉALISÉ PAR LE COMITÉ DÉPARTEMENTAL D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ DE L'HÉRAULT – CODES 34

# TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION.....	2
2	CONTRAT LOCAL DE SANTÉ.....	3
2.1	Rappel des textes législatifs.....	3
2.2	Objectifs.....	3
3	CONTEXTE.....	4
3.1	Commande de la Ville de Montpellier.....	4
3.2	Proposition du CODES 34 : diagnostic territorial de santé.....	4
4	DONNÉES DE CADRAGE.....	6
5	MÉTHODOLOGIE.....	7
5.1	Phase 1- Recueil et analyse des données du territoire.....	7
5.2	Phase 2- Consultation des acteurs et actrices du territoire.....	8
5.3	Phase 3- Consultation citoyenne.....	9
5.4	Phase 4- Concertation avec les acteurs et actrices du territoire.....	10
5.5	Phase 5- Production des livrables.....	11
6	SITUATION SANITAIRE ET SOCIALE DE LA VILLE DE MONTPELLIER.....	12
6.1	Population.....	12
6.2	Déterminants sociaux de santé.....	14
6.3	Déterminants environnementaux de santé.....	20
6.4	Etat de santé.....	24
6.5	Enjeux et publics spécifiques.....	27
6.6	Offre de soins sur le territoire.....	39
6.7	Accès à la prévention et aux actions de promotion de la santé.....	48
7	THÉMATIQUES PRIORITAIRES, ENJEUX, ATTENTES ET PROPOSITIONS.....	50
7.1	Offre de soins de premiers recours.....	50
7.2	Santé mentale.....	55
7.3	Promotion de la santé et démarches de prévention.....	60
7.4	Santé environnementale.....	64
7.5	Précarité.....	68
8	LE CONTRAT LOCAL DE SANTÉ : PERSPECTIVES ET ATTENTES.....	73
<b>Annexes</b>		
1	SIGLES ET ACRONYMES.....	77
2	NOM ET QUALITÉ DES PERSONNES INTERROGÉES LORS D'ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS.....	79
4	RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE DESTINÉ AUX PROFESSIONNEL·LES, ACTEURS ET ACTRICES CONCERNÉ·ES.....	86
6	RÉSULTATS DE LA CONSULTATION CITOYENNE.....	100

# I INTRODUCTION

Membre du Réseau Français des Villes Santé de l'OMS, la Ville de Montpellier, riche d'une forte tradition médicale, est une place forte de la recherche et de la santé dont les atouts et l'expertise dans ces domaines ne sont plus à prouver.

La crise sanitaire a replacé les problématiques de santé au centre des préoccupations des pouvoirs publics. Les mesures prises pour y remédier (en particulier le confinement) furent essentielles mais ont révélé et accru les inégalités sociales de santé. L'environnement, la qualité de vie et du vivre ensemble sont étroitement dépendants et forment un écosystème aux équilibres fragiles, riche d'interactions, source de recherches et d'innovations.

Faire face aux enjeux de santé actuels et à venir, justifie la nécessité de mettre en relation l'ensemble des acteurs de cet écosystème local.

Car si la santé ne relève pas d'une compétence obligatoire pour les collectivités locales, elle n'en reste pas moins une responsabilité collective et partagée. Ainsi, le développement de dynamiques territoriales de santé associant l'ensemble des acteurs institutionnels, associatifs, privés (avec le développement du projet de Med Vallée notamment) aux Montpelliérains apparaît plus que jamais comme une réponse stratégique pour réduire ces inégalités sociales et territoriales de santé.

S'inscrivant dans une approche globale et partagée, le Contrat Local de Santé (CLS) incarne cet outil de démocratie sanitaire indispensable mis à la disposition des collectivités pour développer et structurer des politiques volontaristes en faveur de la santé des habitants. Il a d'ailleurs été observé là où des dynamiques territoriales de santé existent (CLS, Ateliers Santé Ville - ASV, Conseil Local en Santé Mentale - CLSM), l'efficacité de la lutte contre les inégalités de santé par la mise en place de réponses rapides, adaptées et concertées, au plus près des besoins et ressources du territoire.

En synthèse, la réalisation d'un CLS permettrait de :

- D'améliorer les parcours de santé et de vie des habitants du territoire : Consolider et développer l'existant, coordonner les actions et mailler le territoire dans une recherche d'efficience et d'innovation, apparaît plus que jamais comme une réponse pour améliorer l'état de santé des populations, faciliter l'accès aux soins et réduire les inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé.
- Mobiliser et fédérer les acteurs autour d'objectifs communs de santé : Améliorer la lisibilité et le fonctionnement des espaces, proposer un cadre de gouvernance pour faciliter les échanges, les partenariats, les coopérations où s'exprimeront également la parole citoyenne complète l'armature de la « Ville Santé exemplaire ».
- Promouvoir l'attractivité du territoire : La santé et le bien-être sont des facteurs déterminants de l'attractivité, la qualité de vie s'imposant comme un choix prioritaire.

Le CLS pourrait être à la fois le lieu d'expression de l'ambition des partenaires et des capacités d'innovation, mais aussi cet espace de visibilité, d'animation, de rencontre, indispensable pour les acteurs et citoyens de l'écosystème « santé, bien-être, environnement » de Montpellier.

C'est dans ce contexte que la Ville de Montpellier et l'Agence Régionale de Santé Occitanie se sont engagées, le 30 juillet 2020, dans une démarche de préfiguration d'un CLS dont la première étape est la réalisation d'un diagnostic territorial de santé partagé.

### 2.1 Rappel des textes législatifs

Le Contrat Local de Santé est une mesure innovante de la loi du 21 juillet 2009 (HPST). Il fait l'objet des dispositions suivantes dans le cadre de la loi n° 2009- 879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires :

☞ Une disposition d'ordre général :

« Le projet régional de santé est constitué : [...] De programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine. La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé tels que définis à l'article L. 1434-17. Le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion. » (Art. L. 1434-2 du CSP)

« La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. » (Art. L. 1434-17 du CSP)

☞ Une disposition particulière relative à la politique de la ville :

« L'agence est associée à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes d'action prévus par l'article 1er de la loi n° 2003-710 du 1er août 2003 d'orientation et de programmation pour la ville et la rénovation urbaine, dans le domaine de la santé ».

### 2.2 Objectifs

Le CLS est l'instrument de la consolidation du partenariat local sur les questions de santé, dans le cadre de la nouvelle organisation issue de la loi, caractérisée par un pilotage unifié de ses différentes composantes :

- Prévention et promotion de la santé, dont des actions sur les déterminants de santé, les problématiques de santé-environnement et de santé au travail ;
- Soins ambulatoires et hospitaliers ;
- Accompagnement médico-social ;
- Veille et sécurité sanitaire (au besoin.)

Le CLS a pour objectif de soutenir des dynamiques locales de santé sur des territoires de proximité urbains ou ruraux qui constituent des territoires de santé de proximité.

Il incarne une dimension intersectorielle de la politique régionale de santé dans le but de favoriser :

- L'amélioration des contextes environnementaux et sociaux qui déterminent, à plus ou moins long terme, l'état de santé des populations au niveau local (problèmes de pollution spécifiques, enclavement en matière de transport, etc.) ;
- L'accès des personnes, notamment « démunies », aux soins, aux services, et à la prévention ;
- La promotion et le respect des droits des usagers du système de santé ;
- Un parcours dans le système de santé efficace et efficient.

Il renforce la qualité de la mise en œuvre de la politique de santé au niveau local dans le respect des objectifs inscrits dans le Projet Régional de Santé (PRS) en assurant à ce niveau la coordination des financeurs et des politiques impactant la santé mais aussi des acteurs et actrices. Il s'appuie sur les initiatives de démocratie sanitaire, à la fois institutionnelles (conférence de territoire, conférence régionale de la santé et de l'autonomie -CRSA) et locales (réunions publiques, débats, enquêtes, etc.) et vise un objectif de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Une fois la démarche de CLS engagée, le diagnostic participatif constitue un des vecteurs importants de mobilisation des acteurs et actrices et des publics.

Les questions de santé sont une préoccupation importante de la Ville de Montpellier. S'appuyant sur une longue tradition médicale, le territoire compte de nombreux établissements et équipements de qualité et la ville s'engage auprès des acteurs et actrices et apporte son soutien à différents dispositifs relevant notamment de :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement des pathologies et le suivi des patients ;
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- La santé environnementale ;
- L'éducation pour la santé.

Le CLS est aussi l'outil privilégié de l'Ars de la territorialisation des politiques de santé et de la déclinaison du PRS.

Afin de structurer une politique de santé pertinente et de soutenir les dynamiques locales de santé, la ville de Montpellier souhaite aujourd'hui lancer un Contrat Local de Santé (CLS).

### 3.1 Commande de la Ville de Montpellier

Dans le cadre du lancement du Contrat Local de Santé, la Ville de Montpellier souhaite réaliser sur le territoire de la commune un diagnostic territorial de santé.

« Ce diagnostic est la première étape d'un processus de programmation qui permettra l'élaboration d'un Contrat Local de Santé. A la phase de diagnostic [...], succéderont les phases de déterminations des priorités puis l'élaboration d'un programme d'intervention. »

Ce diagnostic a pour objectifs de :

- Colliger les données et études de santé existantes et les synthétiser ;
- Recenser les ressources locales (actions conduites, associations, équipements, professionnels ...), repérer et définir les coopérations territoriales, leurs freins et leviers ;
- Recueillir sous une forme innovante, participative (et adaptée aux conditions sanitaires) les avis et attentes des professionnels, associations et des habitants du territoire ;
- Repérer les besoins et demandes de la population ou les dysfonctionnements et insuffisances des dispositifs ;
- Améliorer la connaissance de la situation socio-sanitaire par les acteurs et actrices (élus, habitants, institutions, professionnels) ;
- Contribuer à la mobilisation locale pour la programmation d'actions et construire une vision partagée pour engager une coopération ;
- Aboutir à l'identification de problématiques de santé publiques prioritaires pour chacun des axes du futur Contrat Local de Santé dans un document de synthèse – Axes possibles : Offre de soin de premiers recours, santé mentale, prévention et promotion de la santé, santé environnementale, précarité.

### 3.2 Proposition du CODES 34 : diagnostic territorial de santé

Le diagnostic territorial de santé est une démarche permettant d'observer et de rendre lisible la situation socio-sanitaire d'un territoire donnant lieu à concertation et propre à fonder un processus de programmation de santé.

Les objectifs d'un diagnostic territorial de santé sont de :

- Recenser les ressources locales (professionnels, associations, équipements, actions conduites, dynamiques partenariales, dispositifs...) afin d'identifier celles qui sont susceptibles d'être mobilisées pour l'action, mais aussi de repérer les manques ;
- Permettre de formuler des hypothèses sur les raisons des situations observées à partir des connaissances établies ;
- Générer, à partir de ces constats, un consensus sur les problèmes à résoudre, les enjeux d'action publique ; repérer les facteurs et actrices qui peuvent être favorables à l'action ou à l'inverse qui risquent de constituer des freins ;

- Permettre la continuité avec la démarche de projet qui devra déterminer les problèmes à prendre en charge prioritairement (selon des critères préalablement fixés), les partenariats et ressources à mobiliser et les actions à mettre en œuvre,
- Permettre aux acteurs et actrices d'améliorer leur connaissance de la situation socio-sanitaire du territoire (élus et institutions, professionnels, population) ;
- Contribuer à la mobilisation locale pour la future programmation d'actions.

Pour atteindre ces objectifs, le CODES 34 propose de décliner sa démarche de diagnostic en trois axes principaux :

- Colliger les données quantitatives existantes
- Partager les données quantitatives avec les acteurs et actrices concernés
- Collecter des données qualitatives

La définition de la santé à laquelle se réfèrent les contrats locaux de santé est celle de la Charte d'Ottawa (OMS 1986) qui définit la santé en tant que concept positif comme « une ressource de la vie quotidienne » qui permet « à un groupe d'individus, d'une part de réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, d'évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci ».

Cette définition amène ainsi à considérer comme déterminants de la santé des facteurs biologiques (génétique, physiologique, vieillissement), des facteurs liés aux comportements individuels et collectifs (consommation d'alcool, tabac, nutrition, mobilité, ...), des facteurs liés au système de soins (de la prévention aux soins curatifs) mais aussi des facteurs et actrices liés à l'environnement physique (écologie, logement, salubrité, expositions professionnelles, etc.) psychologique, social et culturel dans lequel l'individu ou le groupe évolue.

Dès lors, les constats ne doivent pas se limiter à la description de l'état sanitaire de la population, ni à une analyse de l'existence et de l'accessibilité à une offre socio-sanitaire. Le diagnostic devra aussi inclure des données sur :

- Les caractéristiques et la situation sociale des populations (démographie, revenu, précarité, emploi, éducation, ...) ;
- L'environnement (logements, transports en commun, offre alimentaire, équipements sportifs, de loisir, culturels, ...) et conditions de vie et de travail ;
- Les comportements individuels et collectifs ;
- Les avis et attentes des populations et des professionnels.

## 4 DONNÉES DE CADRAGE

Le territoire, objet du présent diagnostic, est celui de la Ville de Montpellier.

Située en région Occitanie, la ville de Montpellier est la préfecture du département de l'Hérault dont le territoire est défini comme un amphithéâtre ouvert à la mer, bordé par les Cévennes au nord-est et le Haut-Languedoc au nord-ouest. Elle est positionnée sur l'arc méditerranéen, un grand axe de communication joignant l'Espagne à l'ouest et l'Italie à l'est. Le territoire de la ville est irrigué par des infrastructures efficaces : autoroutes A9 et A75, aéroport international, port du littoral, etc. Proche de la mer (11 kilomètres), cette ville a comme voisines Béziers à 69 km au sud-ouest et Nîmes à 52 km au nord-est.

Septième ville de France (290 053 habitant-es en 2018), Montpellier est l'une des rares villes de plus de 100 000 habitants dont la population a augmenté de façon ininterrompue. Elle a quasiment triplé depuis 1945, ce qui en fait aujourd'hui la deuxième ville de la région Occitanie.

Avec 70 000 étudiant-es, la ville de Montpellier compte le ratio du nombre d'étudiant-es par habitant-es le plus élevé de France (21 % de la population totale) après Clermont-Ferrand et Poitiers. Dans son aire urbaine, 47% des étudiant-es arrivent d'autres régions, et 10% sont des étudiant-es étranger-es. La grande majorité des installations d'étranger-es sur le territoire est motivée par les études.



Le territoire communal s'étend sur 5 688 hectares, il est urbanisé au presque trois cinquièmes, et cette urbanisation est en forte croissance. Le reste du territoire communal est composé d'espaces verts, d'espaces naturels protégés (rives du Lez, parc zoologique de Lunaret et bois de Montmaur) et de zones agricoles (environ 360 ha).

Si la présente étude concerne le territoire de la commune de Montpellier, on ne peut se passer d'appréhender la commune dans une aire urbaine plus large couverte en partie par Montpellier Méditerranée Métropole.

A l'image de la ville, la Métropole connaît une croissance démographique importante et compte en 2018, 481 276 habitants. 31 communes composent aujourd'hui le territoire de Montpellier Méditerranée Métropole. C'est par la mise en commun d'un certain nombre de ses équipements, dans des domaines de compétence aussi divers que la culture, l'économie, l'environnement ou les transports, que la Métropole anime l'ensemble de ce territoire.

Au-delà des dynamiques socio-démographiques du territoire métropolitain, l'exercice d'un certain nombre de compétences positionne la collectivité comme un acteur incontournable des questions de santé. En effet, Montpellier Méditerranée Métropole agit dans de nombreux domaines qui impactent très largement les déterminants sociaux, territoriaux et environnementaux de santé : Développement économique, Logement, Transports, Environnement, Culture, Sports, Solidarité, Aménagement du territoire, Climat, Politique de la Ville, Voirie, Eau.

L'aire urbaine de Montpellier s'affirme comme la 12<sup>ème</sup> aire urbaine avec 750 000 habitant-es.

L'aire d'attractivité de Montpellier se place loin devant les deux autres grands pôles d'Occitanie : Perpignan (plus de 400 000 habitants) et Nîmes (350 000 habitants). L'Insee définit l'aire d'attraction d'une ville par « l'étendue de son influence sur les communes environnantes, mesurée par les déplacements domicile-travail. Appelée anciennement "aire urbaine", cette zone comprend donc un "pôle urbain" (Montpellier) et une "couronne" constituée des communes dont au moins 15 % des actifs travaillent dans le pôle. »



L'attractivité de l'aire urbaine de Montpellier repose essentiellement sur sa population étudiante. Le reste des arrivées correspond aux jeunes actifs et actives (moins de 40 ans) qui viennent y chercher du travail, Montpellier offrant selon l'Insee, 150 emplois pour 100 actifs et actives résident-es.

L'ensemble des acronymes figurant dans ce document sont précisés et expliqués dans un document en annexe.

### 5.1 Phase 1- Recueil et analyse des données du territoire

#### 5.1.1 Des données quantitatives

Population : Démographie

Déterminants sociaux de santé

- Lien social et familial
- Education, taux de réussite aux examens, niveau d'étude et diplômes
- Catégories sociales, revenus
- Emploi, chômage

Déterminants environnementaux de santé

- Logement
- Qualité de l'air, qualité de l'eau
- Équipements sportifs, parcs et jardins

Etat de santé

- Indicateur de mortalité
- Affections Longue Durée
- Publics spécifiques / Pathologies spécifiques

Offre de soins

- Hôpitaux et établissements publics et privés de santé, établissements sociaux et médico-sociaux
- Offre de soin de premier recours et médecine spécialisée
- Dispositifs de coordination et d'exercice coordonné (CPTS, MSP, PTSM, etc.) et Réseaux de santé

Dispositif de prévention et promotion de la santé

- Actions de promotion et actions de prévention

#### Sources utilisées

- Dossier complet commune de Montpellier - INSEE 2018
- Dossier complet Montpellier Méditerranée Métropole - INSEE 2018
- Diagnostic territorial Bassin d'emploi de Montpellier - Pôle Emploi 2021
- DGFIP 2019
- Analyse des Besoins sociaux - COMPAS - Montpellier Méditerranée Métropole 2021
- Programme local de l'habitat - Montpellier Méditerranée Métropole 2019/ Données allocataires - CAF de l'Hérault 2019
- Programme local de l'Habitat - Montpellier Méditerranée Métropole 2019-2024
- Site internet de la Ville de Montpellier
- Qualité de l'air - Atmo 2020
- Risque Pollen - Réseau National de Surveillance Aérobiologique 2020
- Rapport qualité de l'eau - ARS Occitanie 2020
- Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) Éléments pour un diagnostic territorial - ARS Occitanie 2019
- Profil santé Montpellier 3 M - CREA-ORS 2020
- Registre des cancers 2018 - ICM / Causes des décès INSERM Montpellier / CPAM / REZONE CPTS / FINISS
- Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) Éléments pour un diagnostic territorial 2019 - ARS Occitanie
- Profil santé Montpellier 3 M - CREA-ORS 2020
- Registre des cancers 2018 - ICM 2020



- Causes des décès INSERM Montpellier 2016
- REZONE CPTS - CPAM 2020
- Diagnostic Territorial Partagé en Santé Mentale - Département de l'Hérault 2021 – DD ARS 34.
- Services communaux (Cohésion sociale, CCAS, SCHS, etc.) / Questionnaire / Divers bilans d'actions / Diagnostics divers (AIDES – CAARUD AXESS, CODES 34, etc.)

## 5.2 Phase 2- Consultation des acteurs et actrices du territoire

### 5.2.1 Enquête auprès des acteurs et actrices du territoire

Au-delà du recueil des points de vue et du partage des constats, cette phase visait à mobiliser les acteurs et actrices dans les démarches d'élaboration et d'animation du Contrat Local de Santé (actuelles et à venir).

Prônant une approche globale de la santé, nos démarches de consultations ont visé l'ensemble des acteurs et actrices locaux que nous avons considéré.es comme étant concerné.es par les questions de santé et de bien-être :

Secteurs concernés	Réseaux et circuits de diffusion (liste non exhaustive)
Santé	ARS / URPS / CPTS / RESO OCCITANIE / PTA 34
Médico-social Social Insertion	ADAGES / UNAPEI 34 / APSH34 / URIOPSS / ESPOIR HERAULT / Secours populaire / Petits frères des pauvres / les restos du cœur / Le Samu social / SIAO 34 / CESAM Migration santé / GAMMES / L'AVITARELLE / ACM Habitat / Collectif IAE 34
Promotion de la santé Education pour la santé Prévention	ICM / Groupe SOS (dont Axxess) / APS 34 / Planning familial / Via voltaire / Maison des adolescents / Le Zinc AMT ARCENCIEL / EPE 34 / UTTD / Réduire les risques // Avenir santé / AIDES / CODES 34
Associations d'entraide et d'usagers	GEMs (Groupes d'Entraide Mutuelle) / ASSOCIATION DES DIABETIQUES / ASSOCIATION POUR LE DEVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS / DYSPRAXIQUE MAISFANTASTIQUE 34 / ENVIE / SURDI 34 / UNAFAM
Enseignement	Rectorat / OCCE 34 / SUMPPS / CROUS / La Mutuelle des Etudiants (LMDE) / FCPE
Education populaire	FRANCAS 34 / PEP 34 / La ligue de l'enseignement / Leo Lagrange / CEMEA / Centres sociaux
Education à l'environnement	GRAINE Occitanie / COOPERE 34 / Les Petits Débrouillards
Les services des collectivités locales, des directions de l'Etat et des établissements publics	Conseil Départemental de l'Hérault / Montpellier Méditerranée Métropole / Ville de Montpellier / CPAM / CAF / DRAJES / DDETS / SPIP / Préfecture / PJJ

#### Objectifs du questionnaire

- Partager les constats (situation, besoins, difficultés, etc.) des publics accompagnés par les acteurs et actrices
- Recueillir les attentes vis-à-vis du CLS
- Identifier les dispositifs et actions dont le CLS pourrait se saisir
- Mobiliser les acteurs et actrices concernés et engager leur adhésion

#### Diffusion

Afin de permettre au plus grand nombre d'acteurs et actrices d'être destinataires du questionnaire, nous avons identifié et sollicité un certain nombre de réseaux qui se sont fait les relais de notre démarche (cf tableau ci-dessus). Le questionnaire a été

envoyé par e-mail via une liste de diffusion de 398 adresses. En ligne du 30 mai au 9 juillet 2021, l'enquête a été renseignée par **531 personnes**.

Elles ont pu :

- Partager leurs constats : principales pathologies rencontrées, situations et préoccupations des publics accompagnés, accès aux soins, etc.,
- Emettre des propositions pour améliorer la santé des populations
- Exprimer leurs attentes vis-à-vis du CLS et préciser leur capacité d'engagement dans les démarches à venir.

### Principaux profils des répondant-es

Professionnels de santé	45,6 %
Professionnels du médico-social	10 %
Professionnels du social	9,6 %
Professionnels de l'éducation	9 %

## 5.2.2 Réalisation d'entretiens individuels

**20 entretiens** ont été réalisés (la liste des personnes rencontrées est en annexe)

Conduire ces entretiens a permis de :

- Approfondir certaines thématiques de santé (oncologie, diabète, santé orale, santé mentale, santé sexuelle, éducation thérapeutique du patient, addiction, etc.),
- Mettre en lumière certains dispositifs ou projets de santé spécifiques,
- Partager les enjeux,
- Evoquer des perspectives d'actions,
- Recueillir les points de vue des établissements hospitaliers privés,
- Mobiliser les acteurs et actrices.

## 5.3 Phase 3- Consultation citoyenne

Dans la logique de rendre les individus acteurs et actrices de leur santé, il est apparu plus que nécessaire de donner une place dans la démarche aux populations montpelliéraines.

Nous avons donc élaboré un questionnaire afin de recueillir des éléments concernant la situation sanitaire et sociale de la population (état de santé, accès aux soins et aux démarches de prévention, etc.), de partager leurs priorités en matière de santé et de bien-être, d'identifier ce qui, sur le territoire, contribue à un meilleur état de santé et enfin, de recueillir leurs besoins et leurs attentes.

La diffusion de ce questionnaire, mis en ligne du 9 juin au 9 juillet 2021 via la plateforme [www.participer.montpellier.fr](http://www.participer.montpellier.fr) a été soutenue par une campagne de communication significative assurée par la Ville :

- Campagne d'affichage tous formats
- Motion design de présentation de la démarche
- Affichage numérique et dynamique
- Banners sur les réseaux sociaux et le site de la Ville
- Des actus sur le site de la Ville
- Des supports de communication (flyers, Roll up)
- Annonces-presse : Midi Libre, Métropolitain, la Tribune, 20 mn et réseaux sociaux numériques.



Un certain nombre d'actions d'information - médiation sur le terrain qui ont permis d'accompagner les publics à remplir le questionnaire en temps réel (cf. encadré ci-dessous).

Ces actions ont largement contribué à la réussite de la démarche de consultation citoyenne.

**1091 personnes** ont renseigné l'enquête, et 89 % d'entre elles se sont dit satisfaites d'avoir été consultées et espèrent l'être à nouveau sur d'autres sujets de la vie de la cité.

L'enquête a également permis de recueillir **162 propositions** pour améliorer l'état de santé des montpelliérains-es.

**11 actions de médiation** « consultation citoyenne » ont été mises en place :

- 09/06/2021 : Journée solidaribus dans le quartier d'Aiguelongue
- 15/06/2021 : Marché Tastavin
- 17/06/2021 : Vaccibus dans le quartier de la Paillade
- 23/06/2021 : Parc Dioscoride et Esplanade Léo Mallet
- 24/06/2021 : Marché Petit Bard, Resto du Cœur Soldanelles, Parc Dioscoride
- 29/06/2021 : Maison pour Tous Michel-Colucci
- 30/06/2021 : Maison pour Tous Escoutaire
- 02/07/2021 : Quartier Saint-Martin

## 5.4 Phase 4- Concertation avec les acteurs et actrices du territoire

Dans une logique de démarche partagée et afin d'enrichir le diagnostic des points de vue concertés des acteurs et actrices locaux, plusieurs temps de rencontre et de travail ont été organisés autour de 5 axes thématiques suivantes :

- Offre de soins de premier recours
- Santé mentale
- Promotion de la santé et démarches de prévention
- Précarité
- Santé environnementale

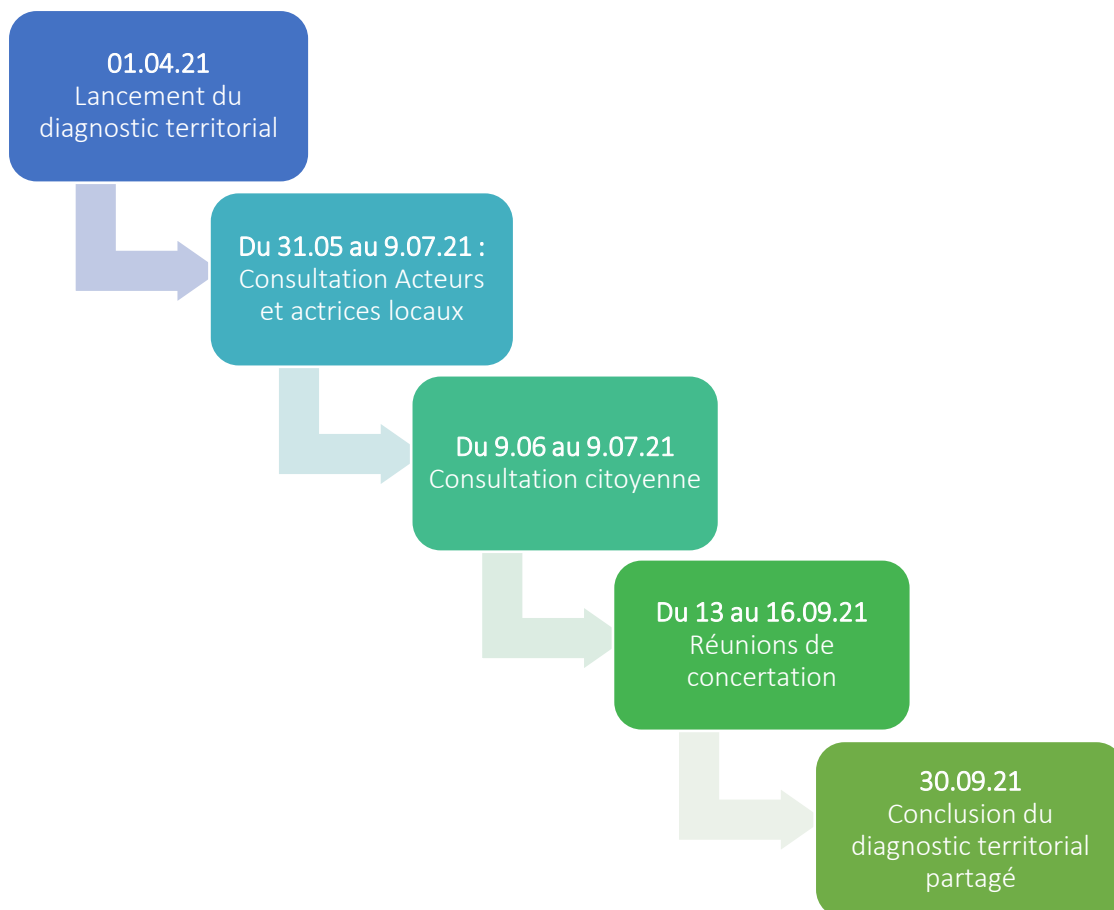
Par l'organisation de ces rencontres nous souhaitons mobiliser, favoriser l'interconnaissance et identifier des pistes d'actions, réponses aux problématiques et aux enjeux identifiés par les participants.

Ces **4 réunions de concertation** se sont déroulées au CORUM (Salon du Belvédère) à Montpellier, du 13 au 16 septembre 2021. Elles ont réuni **113 personnes** sur quatre jours qui, réparties en ateliers thématiques, ont pu identifier et prioriser un certain nombre d'enjeux et de pistes d'actions.

Ces productions ont permis d'enrichir le présent diagnostic.

## 5.5 Phase 5- Production des livrables

- Description de la situation sanitaire et sociale de la ville de Montpellier
- Analyse par axes thématiques prioritaires (Offre de soins de premiers recours, Santé mentale, Prévention et promotion de la santé, Précarité, Santé environnementale)
- Analyse des attentes et des besoins exprimés, catégorisation des propositions
- Perspectives.



Les différentes étapes du diagnostic territorial de santé

## 6.1 Population

### 6.1.1 Démographie

Montpellier compte 290 053 habitant-es.

#### UN FORT ACCROISSEMENT DEMOGRAPHIQUE

De 2013 à 2018, le taux de croissance démographique de la ville de Montpellier est de 1,3 % alors qu'au niveau national, sur la même période il est de 0,3 %.<sup>1</sup>

	2008	2013	2018
Population	252 998	272 084	290 053
Densité moyenne (hab/km <sup>2</sup> )	4 447,9	4 783,5	5 099,4

#### UNE PART IMPORTANTE DE JEUNES ET UNE POPULATION QUI A PEU VIEILLI

Les moins de trente ans représentent 48,6% de la population montpelliéraine (33,6% en Occitanie et 34 % au niveau national).

Les plus de 75 ans représentent 5,5 % de la population montpelliéraine (10,7 % en Occitanie et 9,4 % au niveau national).

On compte en 2020, sur la commune de Montpellier, 61 personnes de plus de 65 ans pour 100 jeunes de moins de 20 ans, soit un indice de vieillissement de la population de 0,61 %<sup>2</sup>. Au niveau national cet indice s'élève à 0,86 %.

La proportion d'hommes et de femmes est relativement égale au sein de la population générale.

	Hommes	Proportion (%)	Femmes	Proportion (%)
<b>Ensemble</b>	<b>136 306</b>	<b>100,0</b>	<b>153 747</b>	<b>100,0</b>
0 à 14 ans	23 252	17,1	22 411	14,6
15 à 29 ans	42 942	31,5	47 548	30,9
30 à 44 ans	28 552	20,9	29 062	18,9
45 à 59 ans	19 546	14,3	22 201	14,4
60 à 74 ans	14 571	10,7	19 884	12,9
75 à 89 ans	6 678	4,9	10 443	6,8
90 ans ou plus	766	0,6	2 199	1,4
0 à 19 ans	34 064	25,0	34 742	22,6
20 à 64 ans	85 523	62,7	93 684	60,9
65 ans ou plus	16 720	12,3	25 320	16

<sup>1</sup> <https://www.insee.fr>

<sup>2</sup> <https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/indice-de-vieillessement>

## Les Quartiers Prioritaires sont des quartiers jeunes

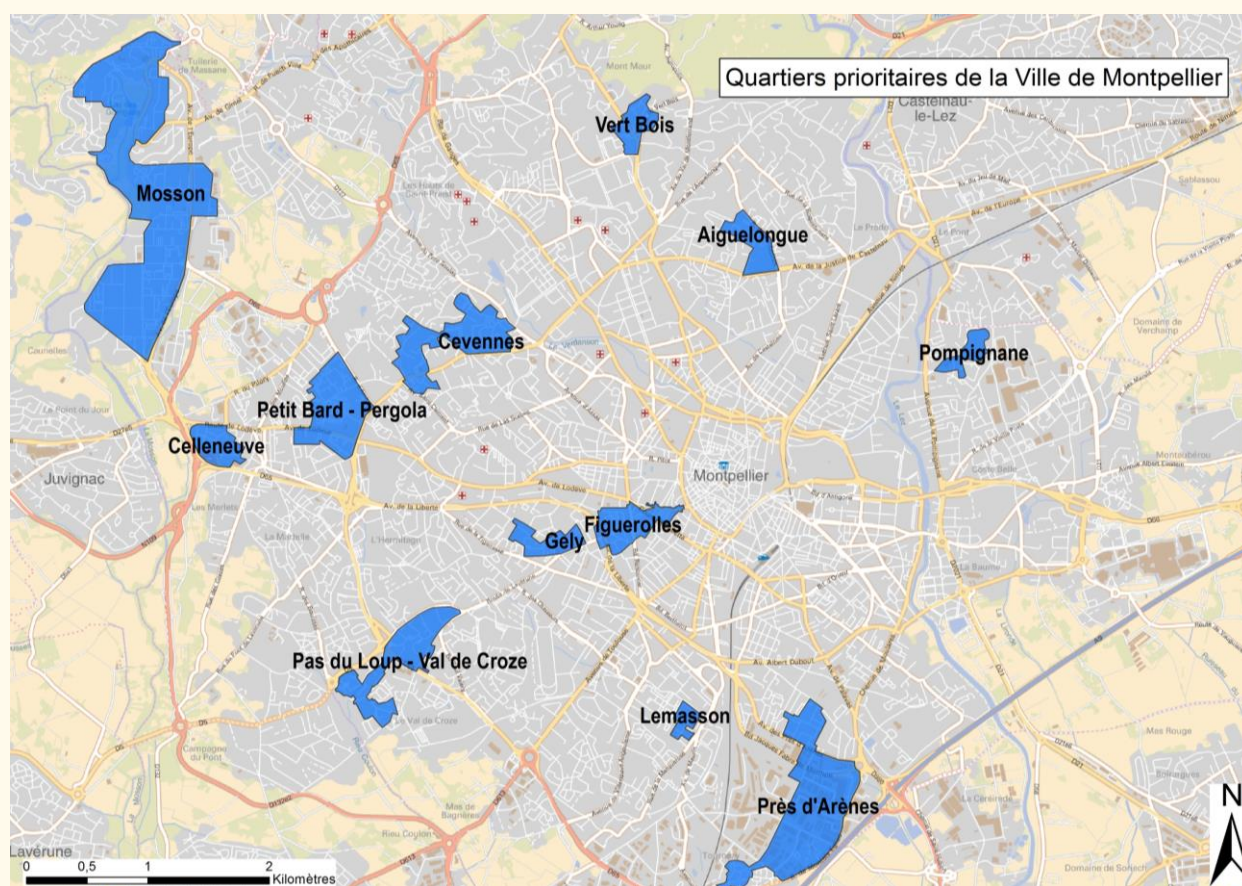
COMPAS - Diagnostic de la Politique de la Ville Montpellier Méditerrané Métropole 2021

Les quartiers dits « prioritaires » de la politique de la ville (QPV) sont les territoires où s'applique la politique de la ville qui vise à compenser les écarts de niveau de vie avec le reste du territoire. Les territoires retenus sont ceux où le revenu par habitant est inférieur à 60 % du revenu médian national. Il y a 12 QPV à Montpellier.

### La part de la population de plus de 60 ans est relativement faible.

Les enjeux liés au vieillissement sont pour l'instant plutôt faibles. Cependant, le vieillissement est en court et ces populations ont connu, pour beaucoup, des parcours de vie difficiles (emplois pénibles, emplois précaires, accès aux soins difficiles, parcours de vie compliqués pour les migrant-es et parfois une absence de soins avant l'arrivée en France, ...). Le vieillissement à venir sur les quartiers prioritaires sera plus intense qu'ailleurs.

L'analyse des données de l'allocation pour l'autonomie des personnes âgées (APA) met en évidence un taux de recours plus important qu'ailleurs. Cette situation conforte l'observation réalisée dans la partie « santé » sur le « vieillissement » plus rapide des habitant-es des quartiers prioritaires de la Ville.



## 6.2 Déterminants sociaux de santé

### 6.2.1 Lien social et familial

#### Éléments de définition

INSEE

**La population hors ménage** comprend les personnes résidant dans une communauté (foyer de travailleurs, maison de retraite, résidence universitaire, établissement pénitentiaire...), les personnes vivant dans des habitations mobiles et les personnes sans-abri. Cette part de la population montpelliéraine est évaluée à 8 315 habitants en 2018 (soit 2,8 %).

**Un ménage regroupe l'ensemble des occupants d'une résidence principale**, qu'ils aient ou non des liens de parenté. Un ménage peut être composé d'aucune, d'une ou de plusieurs familles. Un ménage composé d'une personne seule ou d'une unique famille est un ménage simple, sinon c'est un ménage complexe.

**La définition de la « famille »** au sens du recensement est attachée à celle de « ménage ». La cohabitation dans un même logement est une condition nécessaire pour former une famille. Ainsi, au sens du recensement, il y a des ménages sans famille, mais pas de famille sans ménage (les familles vivant « hors ménage » ne sont donc pas identifiées). Le recensement distingue trois types de familles :

- Les couples sans enfant,
- Les couples avec enfant(s)
- Les familles monoparentales

#### UNE PART IMPORTANTE DE SITUATIONS DE MONOPARENTALITE QUI CONCERNE PRES DE 40 000 HABITANT-ES

On dénombre 15 459 familles monoparentales, ce qui représentent 39,7 % des familles avec enfants.

Certaines de ces familles sont à « risque de fragilité ». Elles peuvent cumuler les vulnérabilités : jeunesse du parent, faible niveau de formation et de qualification, faible revenu, mauvaises conditions de logement, forte exposition au chômage. Ces facteurs influent sur leurs problèmes de santé et sur leur accès à la santé.<sup>3</sup>

#### DES SITUATIONS D'ISOLEMENT DES JEUNES ET DES PERSONNES AGEES A PRENDRE EN COMPTE

Plus de la moitié des montpelliérain-es de plus de 80 ans déclarent vivre seul-es (51,6 % de cette tranche).

Cette situation concerne également la tranche d'âge des 20-24 ans qui vivent seul-es pour 47,1 % d'entre elles et eux (28,3 % des 15-19 ans).

Ces situations à « risque d'isolement » sont particulièrement fréquentes en milieu urbain. Certaines personnes âgées cumulent les risques d'isolement social, d'isolement lié aux déplacements, de faible niveau de revenus, et de fragilité de santé.<sup>4</sup>

Ce qui est notable est la part très importante du nombre de ménages d'une personne.

Au total, ce sont 80 037 personnes (34 903 hommes et 45 134 femmes) qui ont déclaré vivre seules en 2018, soit 27,5 % de la population montpelliéraine et 52,9% des ménages.

### 6.2.2 Education, niveau d'étude et diplômes<sup>5</sup>

#### Scolarisation

32.6 % de la population montpelliéraine est scolarisée.

#### UN TAUX DE SCOLARISATION IMPORTANT CHEZ LES 18-24 ANS ET LES 25-29 ANS

77,2 % des 18-24 ans sont scolarisés (versus 61 % au niveau départemental et 52,1 % au niveau national) et 24,6 % des 25-29 ans le sont également (versus 13,2 % au niveau départemental et 7,9 % au niveau national).

<sup>3</sup> Profil santé Montpellier Méditerrané Métropole – CREA-ORS 2019

<sup>4</sup> Profil santé Montpellier Méditerrané Métropole – CREA-ORS 2019

<sup>5</sup> Dossier complet commune de Montpellier - INSEE 2018



Ces chiffres s'expliquent par la part importante du nombre d'étudiant-es. Cette part est bien au-dessus de la moyenne nationale (21,7 % à Montpellier contre 10,7 % au niveau national).

#### UN TAUX DE SCOLARISATION LEGEREMENT EN DEÇA DES CHIFFRES DEPARTEMENTAUX ET NATIONAUX DANS LES AUTRES CATEGORIES D'AGE (DE 2 A 17 ANS)

	Ensemble	Population scolarisée	Part de la population scolarisée en %		
			Montpellier	Département	France
2 à 5 ans	12 935	9 111	70,4	72.1	73,8
6 à 10 ans	15 158	14 393	95,0	96.8	97,4
11 à 14 ans	10 876	10 525	96,8	98	98,2
15 à 17 ans	8 293	7 820	94,3	95.2	95,8
18 à 24 ans	54 694	42 218	77,2	61	52,1
25 à 29 ans	27 503	6 763	24,6	13.2	7,9
30 ans ou plus	153 901	3 854	2,5	1.2	0,9

#### Niveau d'études

Le niveau de formation scolaire oriente vers une profession, un niveau de revenus et donc une catégorie sociale. Il contribue à la constitution de l'état de santé notamment par le développement d'une plus grande réception aux messages de prévention à tous les âges de la vie.<sup>6</sup>

#### UN TAUX DE PERSONNES PLUS DIPLOMES QUE LA MOYENNE NATIONALE MAIS DE FORTES INEGALITES SELON LES QUARTIERS

Par rapport à la moyenne nationale, la part des diplômés niveau bac +3, bac + 4 ou bac +5 est beaucoup plus importante à Montpellier alors que la part des CAP, BEP ou équivalent est beaucoup plus faible.

	Ensemble	Hommes	Femmes	France
Population non scolarisée de 15 ans ou plus	183 735	85 302	98 433	48 796 894
Aucun diplôme ou certificat d'études primaires	17,0	16,4	17,5	21,9
BEPC, brevet des collèges, DNB	5,4	4,7	6,0	5,5
CAP, BEP ou équivalent	14,1	16,3	12,2	24.8
Baccalauréat, brevet professionnel ou équivalent	17,4	16,7	18,0	17,2
Diplôme de l'enseignement supérieur de niveau bac + 2	11,4	10,9	11,7	11
Diplôme de l'enseignement supérieur de niveau bac + 3 ou bac + 4	14,1	12,6	15,5	9,2
Diplôme de l'enseignement supérieur de niveau bac + 5 ou plus	20,6	22,5	19,0	10,5

#### Habiter un quartier de la politique de la ville est synonyme de difficultés de réussite scolaire pour les jeunes.

COMPAS - Diagnostic de la Politique de la Ville Montpellier Méditerrané Métropole 2021

41 % des jeunes de 15-24 ans vivant dans les QPV de l'Occitanie ne poursuivent pas leurs études (contre 23 % sur le territoire métropolitain).

Des jeunes de 15 à 24 ans moins diplômés (9 % contre 3 % sur la métropole) :

La part des diplômés de l'enseignement supérieur dans les QP ne cesse de s'écarter depuis le début des années 90. Ainsi, en 1990, l'écart en points entre les QPV de Montpellier et les autres quartiers de la commune était de 10 points. Il est actuellement de 21 points.

Parmi les populations les plus jeunes, les écarts sont mêmes renforcés puisqu'ils sont en moyenne de 24 points pour les 25-29 ans.

<sup>6</sup> Profil santé Montpellier Méditerrané Métropole – CREA-ORS 2019



### 6.2.3 Emploi<sup>7</sup>

En 2018, la population âgée de 15 à 64 ans représente 202 351 personnes, soit 69,7 % de la population totale. Sur cette tranche d'âge, on comptabilise 132 306 actifs et actives et 70 019 inactifs et inactives (étudiant-es, retraité-es ou préretraité-es, autres).

#### UNE PART IMPORTANTE DE PERSONNES SANS ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Les élèves, étudiant-es et stagiaires non rémunéré-es (21,7 % des 15-64 ans) ainsi que les chômeurs et chômeuses (13,5 % des 15-64 ans) composent cette catégorie.

	Population (%)
Actifs ayant un emploi	51,9
Chômeurs	13,5
Retraités	3,0
Élèves, étudiants et stagiaires non rémunérés	21,7
Autres inactifs	9,9

Le taux d'activité (part des actifs dans la population de 15 à 64 ans) est de 65,4 %.

En 2018, parmi les habitant-es de Montpellier en âge de travailler (les 15-64 ans), 65,4 % sont en activité ou en recherche d'emploi. Cette part est plus faible que celle observée dans le département (71 %) et plus faible que celle de la région (73 %) ou de la France métropolitaine (74 %).

#### UN TAUX D'EMPLOI BIEN INFÉRIEUR A LA MOYENNE NATIONALE

Parmi cette population d'actifs et d'actives, le taux d'emploi est de 51,9 % (64 % au niveau national), ce qui représente 104 924 personnes en 2018

Au niveau de l'emploi c'est la population âgée de 25 à 54 ans qui connaît le meilleur taux d'emploi à savoir 73,2 % pour les hommes et 65,6 % pour les femmes.

	2018	Dont actifs ayant un emploi
Ensemble	132 306	104 910
Agriculteurs exploitants	67	66
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	7 223	6 322
Cadres et professions intellectuelles supérieures	30 084	27 716
Professions intermédiaires	35 579	30 191
Employés	35 915	27 121
Ouvriers	19 290	13 493

Parmi les actifs et actives ayant un emploi, trois catégories se distinguent : employé-es, professions intermédiaires et cadres. Dans la population active ayant un emploi, la répartition des catégories socioprofessionnelles du territoire se caractérise par une représentation importante des cadres (26,4 % contre 17 % dans la région et 18 % au niveau départemental et national), des professions intermédiaires (28,7 %, contre 27 % dans le département et 26 % dans la région comme au niveau national) et des employé-es (25,8 %).

Le nombre d'emploi dans la zone est de 161 688 en 2018 et ils sont occupés à 66 % par des montpelliérain-es.

Les principaux secteurs d'activités sont le commerce, transports services divers (49,6 %) et l'administration publique, l'enseignement, la santé, l'action sociale (39,3 %).

<sup>7</sup> Dossier complet commune de Montpellier - INSEE 2018

## DES CONDITIONS D'EMPLOI MOINS FAVORABLES QU'AU NIVEAU NATIONAL

L'emploi salarié représente 86,3 % des postes occupés dont 16,8 % en temps partiel.

En ce qui concerne les conditions d'emploi, elles sont moins favorables à Montpellier que ce qu'indique la moyenne nationale. En effet, les contrats à durée déterminée et l'intérim représentent 15,3 % (hommes et femmes confondus) contre 10,5 % à l'échelle nationale.

## DES IMPACTS DES CONDITIONS D'EMPLOI PLUS IMPORTANTS CHEZ LES FEMMES

Les emplois à temps partiel sont pour une majorité occupés par des femmes, et 28,5 % des femmes ayant un emploi sont à temps partiel contre 12,9 % des hommes.

Le diagnostic territorial du bassin d'emploi de Montpellier<sup>8</sup> confirme la part significative de l'emploi salarié sur le Bassin d'emploi de Montpellier (+3,3 % entre 2018 et 2019).

### Taux d'emploi des 15-64 ans plus faibles dans les Quartiers Prioritaires que dans les autres territoires.

*COMPAS - Diagnostic de la Politique de la Ville Montpellier Méditerranée Métropole 2021*

8 940 demandeurs et demandeuses d'emploi sont recensés par Pôle Emploi à la fin de l'année 2020 dans les QPV de Montpellier, soit 23, % des demandeurs d'emploi de la commune.

45% des actifs et actives occupés sont des travailleurs et travailleuses pauvres dans les QPV de Montpellier contre 23% pour la métropole.

Ainsi, les QPV se caractérisent aussi par un taux d'emploi plus faible mais surtout un taux de précarité de l'emploi et un nombre de demandeurs d'emplois plus importants.

## 6.2.4 Chômage<sup>9</sup>

En 2018, Montpellier compte 27 408 chômeurs parmi sa population, soit un taux de chômage de 20,7 % alors qu'il était pour la même période de 13,4 % en France.

La part des femmes parmi les chômeurs était de 50,3 %.

Le principal frein périphérique à l'emploi évoqué par les demandeurs et demandeuses d'emploi sur le bassin d'emploi de Montpellier est l'exclusion numérique pour 48 %. Le second frein périphérique à l'emploi le plus fréquemment mentionné est la santé (20%). Les freins liés à l'état de santé se développent notamment lorsque l'âge avance.

### Augmentation du nombre de demandeurs et demandeuses d'emploi entre 2019 et 2020

*Pôle Emploi, 2021*

Comme le souligne le diagnostic territorial du bassin d'emploi de Montpellier, le nombre de demandeurs et demandeuses d'emploi a augmenté (67 000 + 4,9 % à la fin décembre 2020). Ceci s'explique en grande partie par l'épidémie de la COVID-19. Il est important de préciser que les publics les plus éloignés de l'emploi sont les plus impactés par la crise sanitaire. En effet, les demandeurs d'emploi de longue durée (+13 %) et les bénéficiaires du RSA (+13 %) figurent parmi les publics les plus touchés par la crise sanitaire.

<sup>8</sup> Diagnostic territorial bassin d'emploi de Montpellier – Pôle Emploi mars 2021.

<sup>9</sup> Dossier complet commune de Montpellier - INSEE 2018

## 6.2.5 Revenus et pauvreté<sup>10</sup>

### Revenus

Les revenus moyens sur la commune de Montpellier sont inférieurs à ceux de l'Hérault avec plus de la moitié des foyers fiscaux qui sont non imposables.

En 2018, le revenu fiscal moyen par foyer fiscal est 18 480 € soit 12,5 % de moins que la moyenne métropolitaine (21 100 € pour la Métropole et 20 330 € pour le Département de l'Hérault)

Les foyers fiscaux non imposés représentent 55 % des ménages fiscaux.

### DES ECARTS DE SALAIRES PLUS MARQUES QUE SUR LE DEPARTEMENT ET QU'EN FRANCE

Les femmes perçoivent en moyenne une rémunération inférieure de 11,4 % par rapport aux hommes. Cet écart est en moyenne de 16.1% au niveau national.

Quel que soit le genre, le salaire net horaire moyen montpellierain (13.7€) est inférieur au salaire départemental (14,1 €) et au salaire national (15,3 €).

Le taux de pauvreté est de 27 % à Montpellier contre 19,7 % sur le département de l'Hérault.

Il est particulièrement important chez les moins de 30 ans (37%) et se situe aux alentours de 30 % pour les 30 à 59 ans.

Les ménages les plus impactés par la pauvreté sont les familles monoparentales.

### Indicateurs de précarité<sup>11</sup>

Les allocataires du RSA (Revenu de Solidarité Active), 13 368 personnes sont allocataires du revenu de solidarité active en 2019, soit environ 6 % des 15 à 64 ans.

La prime d'activité a été versée en 2019 à 28 748 habitants.

L'allocation adulte handicapé (AAH) a concerné 8 759 habitants en 2019.

En 2019, Montpellier comptait 104 907 allocataires et le nombre de personnes couvertes était de 186 200. Les moins de 30 ans représentent 42,7 % des allocataires (22,8 % sont étudiant-es). Le nombre d'allocataires dépendants, c'est-à-dire les personnes dont les prestations représentent plus de 50% des ressources, sont 25 861 soit un quart du nombre total d'allocataires.

La part des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (ex - Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUc)), de l'Aide pour une Complémentaire de Santé (ACS) et de l'Aide Médicale d'Etat (AME) est plus élevée sur le territoire de Montpellier qu'au niveau départemental, régional et national.

En ce qui concerne la complémentaire santé solidaire, cet indicateur traduit à la fois l'importance relative des situations de précarité financière mais aussi l'importance des personnes en difficulté d'accès à la santé : plus souvent atteintes par des affections de longue durée (ALD), en particulier par le diabète, ayant plus souvent un moins bon suivi médical du diabète, un moindre recours aux dépistages, des problèmes dentaires plus fréquents, un mal-être plus marqué.<sup>12</sup>

	Montpellier	Hérault	Occitanie
Part de la population ayant bénéficié de la complémentaire santé solidaire (ex CMUc) (%)	19,6	12,5	11,3
Part de la population ayant bénéficié de l'ACS (%)	6,6	3,7	3,2
Part de la population ayant bénéficié de l'AME (%)	1,4	0,6	0,4

<sup>10</sup> Dossier complet commune de Montpellier - INSEE 2018

<sup>11</sup> Données allocataires - Caisse d'Allocation Familiale de l'Hérault 2019

<sup>12</sup> Profil santé Montpellier Méditerranée Métropole - CREAI-ORS 2019

## Pauvreté et niveau de vie dans les Quartiers Prioritaires

COMPAS - Diagnostic de la Politique de la Ville Montpellier Méditerranée Métropole 2021

Il est tout à fait logique d'observer que les niveaux de vie sont très faibles dans les QPV avec un taux de pauvreté très nettement au-dessus de celui des autres niveaux de comparaison.

La prise en considération du contour exact des quartiers restitue un niveau de vie médian très faible. Celui-ci est de 1811 € par mois pour l'ensemble du territoire national, de 1758 € pour Montpellier Méditerranée Métropole et de 1066 € pour les QP de Montpellier.

La faiblesse des niveaux de vie met en exergue les difficultés que peuvent rencontrer les ménages qui vivent dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Ces difficultés mettent en évidence l'importance de l'action publique afin d'aider au maintien dans le logement, à l'accès à une couverture santé, à la poursuite des études des enfants et des jeunes, à la mobilité. Les ménages des quartiers ont un besoin renforcé de services publics afin d'accéder à l'emploi, à la formation, au logement, à un minimum de bien être en général.

L'analyse des écarts de niveaux de vie entre 2013 et 2018 des quartiers de la politique de la ville, met en évidence un accroissement des écarts avec la moyenne métropolitaine.

Une population fortement dépendante des prestations sociales et notamment du RSA :

Les revenus de solidarités sont la source de revenu principale pour les 10 % des ménages ayant le niveau de revenu le plus faible.

Les prestations sociales sont beaucoup plus importantes dans les QPV que dans les autres territoires (30 % contre 7 % pour la métropole), en outre le montant des retraites y est plus faible.

Les données de la Caisse d'allocations familiales de l'Hérault (Caf) concernant la dépendance aux prestations mettent en évidence que 40 % des allocataires des QPV de Montpellier perçoivent plus de la moitié de leurs revenus de la part de la Caf contre 23 % pour la métropole.

L'analyse des niveaux de vie met aussi en évidence l'absence de mixité économique et donc de mixité sociale dans les quartiers.

Les ménages les plus pauvres des quartiers sont plus pauvres qu'à l'extérieur mais les ménages les plus aisés sont aussi moins aisés dans les QPV qu'à l'extérieur. La part des ménages « aisés » dans les QPV est extrêmement faible.

Globalement en France métropolitaine, 74% des revenus des habitants proviennent de l'emploi (salaire par exemple). Si Montpellier Méditerranée Métropole enregistre une proportion similaire, celle-ci est nettement moins élevée pour les QPV de Montpellier où 56 % des revenus proviennent de l'emploi.

La lecture fréquemment faite par les habitants est imprégnée de l'image d'une population dépendante des prestations, et donc majoritairement « assistée ». Or, l'analyse des sources de revenus met en évidence que les QPV vivent principalement sur l'activité économique de leurs habitants.

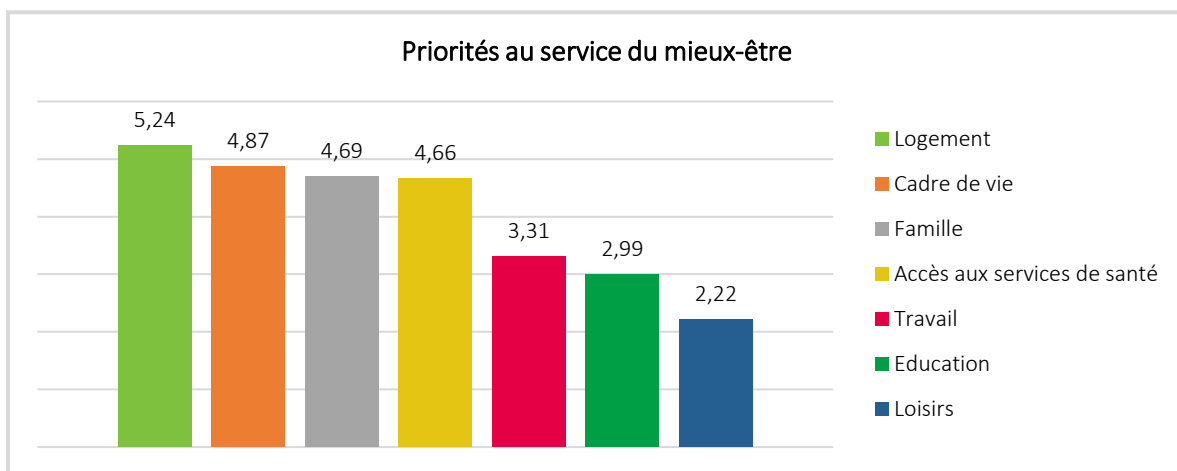
## 6.3 Déterminants environnementaux de santé

La question de la santé-environnement est par essence intersectorielle. Les éléments de diagnostic sont détenus par plusieurs établissements, services ou directions (agence, Etat, collectivités locales, etc.), ce qui rend difficile le recueil exhaustif de données pertinentes localisées.

Cette observation met en évidence le besoin d'une capitalisation des données et de la mise en place d'un travail collaboratif. A défaut, cela pourrait constituer un frein au développement de l'axe Santé-Environnement du futur CLS.

### 6.3.1 Logement

La qualité des logements ressort comme un enjeu important pour préserver la qualité de l'environnement et le cadre de vie et pour mieux vivre ensemble. L'habitat a également une influence indéniable sur la santé mentale de ses occupants. Le logement est aussi un facteur de prévention de certains risques ou pathologies.



Le logement apparaît comme une des principales priorités au service du mieux-être des montpelliérain-es qui se sont exprimé-dans le cadre de la consultation citoyenne (cf. Graphique ci-dessous).

A Montpellier, le nombre de logements a très fortement augmenté ces dix dernières années (+ 35 000). Composé à 86 % d'appartements, les logements montpelliérains sont occupés en grande majorité au titre de résidence principale. Le nombre de propriétaires occupants tend à baisser (- 2 points en 10 ans) alors que le nombre d'occupants locataires augmente dans les mêmes proportions (+ 2 points en 10 ans).

#### UN PARC DE LOGEMENTS RELATIVEMENT RECENT ET PEU DEGRADE

L'ensemble des indicateurs permettant d'appréhender l'habitat dégradé sur le territoire de Montpellier Méditerranée Métropole traduisent une situation plutôt favorable sur le territoire, au regard des valeurs nationales, régionales et départementales.

En 2018, la part des logements anciens (construits avant 1946) y est plus faible (9.9 %) que dans le département (16 %) et deux fois plus faible qu'en France métropolitaine (22 %).

Près de 5 000 logements du parc privé sont considérés comme potentiellement indignes (l'ensemble des situations de logements présentant un risque pour la santé ou la sécurité des occupants ou des tiers), soit une part de 2.8 % de ces logements, nettement moins élevée que celle du département (8.5 %).

On note que près de 25 581 logements sont des logements sociaux, soit 14.8 % des résidences principales.

	Montpellier		Hérault	France Métropolitaine
	Nombre	Taux		
Logements construits avant 1946	17 471	9,9 %	16,3 %	22,2 %
Logement potentiellement indigne	4875	2,8 %	8,5%	nd
Logement sociaux	25 581	14,8 %	9,9 %	14,7 %
Logements considérés comme sur-occupés	16 473	9,4 %	nd	nd

## UNE PRESSION IMMOBILIERE IMPORTANTE DUE A UNE FAIBLE VACANCE

Le nombre de logements vacants a légèrement baissé (- 1,5 points en 10 ans).

## UN PARC DE LOGEMENT GLOBALEMENT DE BONNE QUALITE MAIS CONCERNE PAR DES ENJEUX DE RENOVATION ET D'ADAPTATION

23 % des logements sont concernés par la déperdition énergétique

2,8 % des logements sont considérés comme indignes

9,4 % des logements sont considérés comme sur occupés.

Les situations de logements insalubres, qui présentent un risque pour la santé des occupants (intoxication au monoxyde de carbone, saturnisme, problèmes respiratoires liés à des émissions de particules dans le logement, électrocution...), sont relativement limitées sur le territoire de la Ville.

## UNE FORTE DEMANDE LOCATIVE SOCIALE

Le nombre d'occupants locataires d'un logement HLM (Habitation à loyer modéré) reste quant à lui stable depuis plusieurs années, cela concerne 58 617 personnes. Montpellier concentre 80 % de l'offre locative sociale métropolitaine. ACM Habitat en gère près de 60 %. Les 40 % restant sont répartis entre plusieurs autres bailleurs sociaux (Hérault Habitat, FDI Habitat, DOMICIL, ERILIA, ICF, Nouveau logis méridional).

La vacance sur le parc social est très faible (1.3%).

### Quartiers prioritaires – logements sociaux

*Montpellier Méditerrané Métropole – Programme Local de l'habitat 2019 – 2024*

Environ 11 000 logements sociaux sont offerts à la location en QPV, soit 43 % de l'offre locative sociale de Montpellier, et sont répartis sur l'ensemble des 12 quartiers classés en Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville

## 6.3.2 Qualité de l'air

### UNE EXPOSITION AUX MICROPARTICULES ET DE DIOXYDE D'AZOTE PLUS MARQUEE

En ce qui concerne la qualité l'air, selon le rapport annuel d'ATMO en 2019, l'aire urbaine de Montpellier concentre 26 à 27 % des émissions de microparticules et de dioxyde d'azote de l'Hérault.<sup>13</sup>

Au quotidien, ce sont 22 800 personnes qui sont exposées à un dépassement de l'objectif de qualité en ce qui concerne les particules fines (PM2.5), on estime que 5 350 personnes résidents à proximité ou dans les zones d'émission, sont exposées à un dépassement de la valeur limite en ce qui concerne l'oxyde d'azote.

Ces expositions s'expliquent en grande partie par la proximité des axes routiers, le transport étant responsable pour 82 % de ces émissions. En ce qui concerne l'émission de particules fines, le transport en est responsable pour 30 %, l'industrie et le résidentiel en sont également responsables pour respectivement 31 % et 38 %.

Les conséquences en matière de santé sont connues :

- Pour les personnes exposées à l'oxyde d'azote, les effets à court terme peuvent être l'irritation et l'aggravation de maladies respiratoires (asthme) et à long terme, le développement de maladies respiratoires ou cardiovasculaires, le faible poids du nourrisson et le risque accru de décès.
- Pour les personnes exposées aux particules et matières particulaires, les risques sont de développer à long terme, des cancers, des maladies cardiovasculaires et respiratoires.

Les risques liés au pollen sont relativement limités sur le territoire de Montpellier.<sup>14</sup>

Le Réseau National de Surveillance Agrobiologique (RNSA) note tout de même en 2020 plusieurs épisodes lors desquels le risque d'exposition allergique a été très important. Cela concerne les cyprès (fin janvier 2020 à mars 2020), les graminées aux mois de juin et de juillet 2020, les platanes (mars et avril 2020) et l'ambroisie (septembre 2020).

<sup>13</sup> Evaluation de la qualité de l'air sur Montpellier Méditerrané Métropole - ATMO Occitanie 2019

<sup>14</sup> Bulletin Montpellier - Réseau National de Surveillance Aérobiologique 2020

## PAS DE DONNEES PERTINENTES RECUEILLIES POUR APPREHENDER LA QUALITE DE L'AIR INTERIEUR

La pollution de l'air intérieur est devenue un sujet hautement important de santé publique dès l'an 2000. L'air respiré au domicile, au bureau, dans son véhicule contient de nombreux polluants nuisibles :

- Polluants chimiques : composés organiques volatils (COV), oxydes d'azote (NOx), monoxyde de carbone (CO), hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAP), phtalates, etc.
- Bio contaminants : moisissures, allergènes domestiques provenant d'acariens, d'animaux domestiques et de blattes, pollens, etc.
- Polluants physiques : particules et fibres (amiante, fibres minérales artificielles), etc.

Une médiocre qualité de l'air intérieur peut causer le développement de symptômes tels que des maux de tête, de la fatigue, un picotement des yeux, du nez, de la gorge ou de la peau, des vertiges, des éruptions allergiques ou de l'asthme.

L'absence de données pertinentes et actuelles sur la qualité de l'aire intérieur dans les habitats et les établissements recevant du publics (dont les écoles, les crèches, etc.) constitue en soi une problématique.

La qualité de l'air intérieur dans les établissements scolaires constitue un enjeu important.

L'école est le deuxième lieu que les enfants fréquentent le plus après leur logement. De par leur susceptibilité liée à la croissance et la maturation de leurs organes et leur activité mains-bouche, ils sont très exposés et particulièrement sensibles aux expositions environnementales. De nombreuses études scientifiques démontrent les effets néfastes d'un environnement scolaire dégradé en terme de pollution et d'isolation thermique ou sonore sur la santé des enfants à court et long terme.

## LA VILLE DE MONTPELLIER N'EST PAS EXPOSEE AU RISQUE RADON

### 6.3.3 Qualité de l'eau

#### UNE EAU DE QUALITE ET DES INFRASTRUCTURES D'ASSAINISSEMENT ADAPTEES

L'eau distribuée et consommée sur le territoire de Montpellier est « de bonne qualité bactériologique. Sur le plan physico-chimique, elle est satisfaisante au vu des paramètres analysés. » comme l'indique le rapport annuel 2020 de l'Agence Régionale de Santé Occitanie.<sup>15</sup>

L'assainissement des eaux usées relève de la compétence de Montpellier Méditerranée Métropole.

Cette compétence se décline par la collecte, le traitement dans des stations d'épuration, avant rejet dans le milieu naturel, afin de les débarrasser de la pollution dont elles sont chargées. Ce service dessert près de 476 039 habitants répartis sur les 31 communes du territoire. L'objectif est de préserver la qualité des milieux aquatiques (rivières, étangs, littoral) et par conséquent, de protéger les ressources en eau potable, mais aussi d'assurer une protection sanitaire des populations, des eaux de baignade et des zones d'activités liées à l'eau.

En 2019, près de 33,70 millions de m<sup>3</sup> d'eau sont traités par les 13 stations de traitement des eaux usées, ce qui représentent 578 717 Equivalents-Habitants de capacité totale de traitement.<sup>16</sup>

Les équipements présents sur le territoire répondent aux besoins mais ils devront être développés en lien avec l'accroissement démographique que connaît l'aire urbaine.

#### LES RESSOURCES EN EAU, UN ENJEU POUR DEMAIN

A l'heure actuelle, la Ville de Montpellier bénéficie d'une disponibilité satisfaisante de la ressource en eau.

Avec l'accroissement de la population et une diminution des précipitations moyennes (estimation de -200mm de pluies cumulées/an en 2080<sup>17</sup>), la question du partage et des usages fait de la ressource en eau un enjeu primordial du territoire.

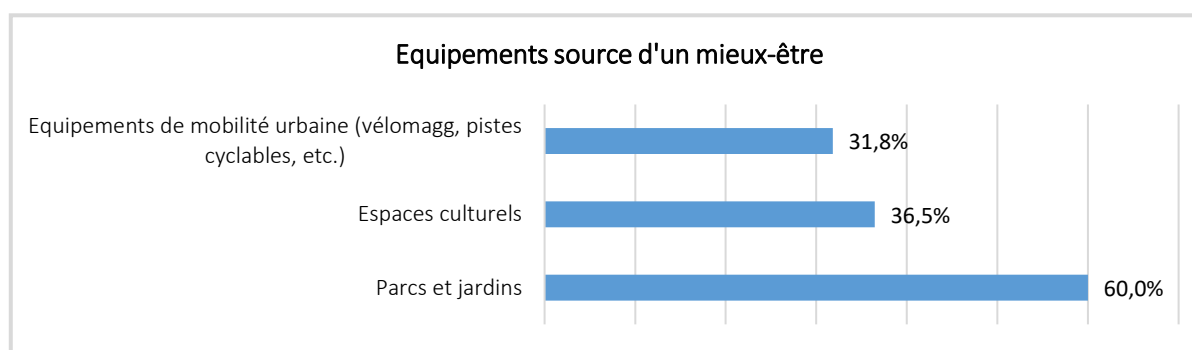
Parallèlement, les évolutions probables du climat spécifiées en territoire méditerranéen nécessitent de poursuivre la politique volontariste de lutte contre le risque inondation menée ces dernières années, couplée au risque de submersion marine.

<sup>15</sup> Rapport Qualité de l'eau Montpellier - ARS Occitanie 2020

<sup>16</sup> <https://www.montpellier3m.fr>

<sup>17</sup> Plan Climat Énergie Territorial 2013-2018 Diagnostic – Orientations – Montpellier Méditerranée Métropole

### 6.3.4 Aménagements favorables à la santé



On mesure à travers les réponses apportées par les habitant-es lors de la consultation citoyenne, que la population identifie les infrastructures urbaines comme autant d'éléments favorable à la santé et au bien-être.

Globalement, les habitant-es de Montpellier ont accès à de nombreuses infrastructures sportives, culturelles mais aussi à des espaces verts qui contribuent au mieux-être des populations.

#### 125 ESPACES VERTS SUR LE TERRITOIRE DE LA VILLE

« La ville gère les installations sportives, stades, parcours sportifs. Elle assure leur entretien, renouvelle les installations. Avec 270 équipements sportifs municipaux répartis dans l'ensemble des quartiers, la Ville de Montpellier offre à chacun-e la possibilité de pratiquer le sport de son choix, et ce dans des conditions idéales grâce à des équipements de qualité. »

« Les parcs et jardins s'inscrivent dans tous les projets d'urbanisme. Ces coins de nature, fréquentés au quotidien par les habitant-es du quartier, offrent des parenthèses de verdure, des aménagements harmonieux pour les enfants, les sportifs et sportives, les promeneurs et promeneuses. »<sup>18</sup>

Aires de jeu, squares, parcs, jardins ou encore domaines : on comptabilise près de 125 espaces « verts » sur le territoire de la commune.

#### UNE OFFRE DE TRANSPORT EN COMMUN SIGNIFICATIVE

En terme de déplacement, on peut compter 4 lignes de tramway en service et une 5<sup>ème</sup> en projet, 84 stations et 56 km de rails et un important réseau de bus. L'accessibilité est soutenue par la mise en place de la gratuité les week-end pour l'ensemble des habitants de la Métropole et tous les jours pour les moins de 18 ans et les plus de 65 ans.

#### UNE VOLONTE DE DEVELOPPER LES MOBILITES ACTIVES

Des mesures sont mise en place comme l'augmentation significative des pistes cyclables, soutien financier à l'achat d'un vélo électrique, offre de location de vélo « velomag ».

Toujours est-il que la part modale des déplacements à vélo à Montpellier a quasiment stagné de 2003 à 2014, en passant de 2 à 3 %. En 2014, 6,2 % des Montpelliérains actifs ayant un emploi vont travailler à vélo<sup>19</sup>.

Cette proportion situe Montpellier au 7<sup>ème</sup> rang des 41 communes de plus de 100 000 habitants, loin derrière Strasbourg, Grenoble et Bordeaux.

C'est le cas également pour la part modale de la marche à pied :

En 2014, la part modale de la marche est de 36 % à Montpellier ville (mais elle n'est plus que de 18 % à l'échelle de l'intercommunalité hors la ville centre) et de 29 % pour Montpellier Méditerranée Métropole. On constate une légère croissance de +1 % par rapport à 2004.<sup>20</sup>

#### LE BRUIT ROUTIER, PRINCIPALE CAUSE DES NUISANCES SONORES

Le dernier Plan de Prévention du Bruit établi par l'intercommunalité (Montpellier Agglomération) date du mois d'avril 2010.

<sup>18</sup> <https://www.montpellier.fr>

<sup>19</sup> SCHEMA DIRECTEUR DES MOBILITES ACTIVES – Montpellier Méditerranée Métropole CEREMA Méditerranée et Inddigo 21 décembre 2018.

<sup>20</sup> SCHEMA DIRECTEUR DES MOBILITES ACTIVES – Montpellier Méditerranée Métropole CEREMA Méditerranée et Inddigo 21 décembre 2018.



Selon les éléments de diagnostic y figurant, le bruit routier engendre une exposition significative des habitants mais également des établissements dits sensibles, d'enseignement et de santé. En 2010, environ 10% des habitant-es des communes concernées sont potentiellement exposés à un niveau sonore dépassant la valeur limite.

La diminution des vitesses automobiles, en milieu urbain, s'inscrit dans une stratégie de fluidité lente, en lien avec les orientations du Plan de Déplacements Urbains et permettra la réduction la plus large possible des nuisances sonores liées au trafic automobile.

L'anticipation des enjeux acoustiques dans les projets d'aménagements fait l'objet de recommandations à l'attention des concepteurs et décideurs<sup>21</sup>.

Les nouveaux éléments de diagnostic du Plan de Prévention du Bruit sont en cours de production et devraient être accessibles en 2022.

## UN FAIBLE NOMBRE D'INSTALLATIONS CLASSEES

Il existe sur le territoire de Montpellier plus d'une centaine d'installations industrielles dont 32 Installations Classées Protection de l'Environnement (ICPE) c'est-à-dire toute exploitation industrielle ou agricole susceptible de créer des risques ou de provoquer des pollutions ou nuisances, notamment pour la sécurité et la santé des riverains est une installation classée. A titre de comparaison, on en comptabilise près de 80 sur la commune de Toulouse. On dénombre 7 établissements déclarant des rejets et des transferts de polluants sur le territoire de la Ville de Montpellier (37 sur la commune de Toulouse)<sup>22</sup>.

Un accident sur un site ICPE peut avoir des conséquences directs ou indirects sur les enjeux humains, économiques et environnementaux. Sur ce premier, les effets sont répartis selon 3 catégories :

- Effets thermiques liés à la combustion d'un produit inflammable ou à une explosion ;
- Effets mécaniques liés à une surpression, résultant d'une onde de choc, provoquée par une explosion ;
- Effets toxiques liés à l'émanation d'une substance toxique, suite à une fuite sur une installation.

## 6.4 Etat de santé

### 6.4.1 Indicateurs de mortalité

Nombre annuel moyen de décès et taux standardisé de mortalité sur la période 2011-2016 :

Indicateurs		Montpellier		Hérault	France métropolitaines
		Nombre	Taux standardisé	Taux standardisé	Taux standardisé
Etat de santé	Mortalité générale	1699	615,5	712,8	737,2
	Mortalité prématurée	335	121,3	138,5	182,6
Cancers	Ensemble des cancers	472	170,9	213,3	225,3
	Cancer du poumon	77	27,9	44,9	44
	Cancer du Colorectal	43	15,5	21,6	23
	Cancer du sein	24	8,7	26,9	29,2
Maladies cardio-vasculaires	Ensemble	369	133,6	170,5	178,8
Santé mentale	Suicide	28	10,1	14,3	14,5
Conséquences sanitaires des comportements à risque	Accidents de la circulation	16	5,8	6,9	4,9

## UNE SITUATION SANITAIRE FAVORABLE

Avec 1 699 décès en moyenne chaque année, la mortalité des habitant-es de Montpellier est significativement plus faible que la mortalité nationale, à structure d'âge comparable.

<sup>21</sup> Plan de prévention du bruit – Montpellier Agglomération avril 2010

<sup>22</sup> <https://www.georisques.gouv.fr/>

Deux principales causes représentent 49.5 % des décès : les cancers (27,8 %) et les maladies cardio-vasculaires (21,7 %).<sup>23</sup>

#### UNE SOUS-MORTALITE SIGNIFICATIVE PAR CANCERS

Cette sous mortalité se retrouve sur le territoire pour les trois localisations analysées (poumon, côlon et sein).

En cinq ans (2011 – 2016), la mortalité par cancer a baissé de façon significative, pour l'ensemble des cancers et pour le cancer du sein, pour les habitant-es du territoire comme pour ceux des territoires de comparaison. Les mortalités par cancer du poumon et par cancer du côlon sont restées stables sur le territoire alors qu'elles ont baissé au niveau national sur la période.

#### UNE SOUS-MORTALITE SIGNIFICATIVE PAR MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Deuxième cause de décès, les maladies cardiovasculaires sont à l'origine de près de plus de 369 décès en moyenne chaque année pour les habitants de Montpellier. On observe une sous-mortalité significative pour les habitants du territoire par rapport aux échelons départementaux et nationaux. En cinq ans, la mortalité par maladies cardiovasculaires a baissé de façon significative.

#### LES DECES PREMATURES : UN ENJEU IMPORTANT EN TERMES DE PREVENTION

Un décès est considéré comme prématuré, d'un point de vue de santé publique, lorsqu'il survient avant 65 ans.

Cet indicateur est utile pour orienter les politiques de prévention car une part importante de ces décès est considérée comme évitable, que ce soit du fait de comportements à risques (accidents, consommation d'alcool ou de tabac par exemple), soit en lien avec le système de soins (au travers de l'accès au dépistage et de l'accès aux soins par exemple). Parmi ces décès annuels, 335 ont concerné des habitant-es de moins de 65 ans, soit 20 % des décès tous âges confondus. Comme la mortalité tous âges, cette mortalité, dite prématurée, est significativement plus faible que celle observée en France métropolitaine, à structure d'âge identique.

#### Qu'est-ce que le taux de mortalité standardisé pour 100 000 habitants ?

INSEE

Afin d'étudier la mortalité en éliminant les effets de la structure par âge et par sexe de la population, il est possible de calculer des taux standardisés. La méthode consiste à appliquer les taux observés dans chaque commune, dans chaque catégorie d'âge et pour chaque sexe à une population standard. On obtient donc le taux que la commune présenterait si la structure de sa population correspondait à la structure de cette population standard.

Ces taux sont légèrement différents des taux bruts mais ont l'avantage de permettre une comparaison entre territoires.

### 6.4.2 Affections Longue Durée (ALD)<sup>24</sup>

Les données des principales ALD ne sont affichées que pour les zones d'intérêt d'au moins 10 000 habitants.

Les données d'admission en ALD sont des indicateurs médico-administratifs. Par nature, leur évolution annuelle est donc très sensible à toute modification réglementaire, administrative ou conjoncturelle survenue au cours de l'année. Aussi, l'évolution du nombre d'admissions des ALD enregistrées d'une année sur l'autre ne doit pas être appréhendée sous un angle purement épidémiologique.

Une personne ayant plusieurs ALD actives n'est comptabilisée ici qu'une seule fois.

<sup>23</sup> Causes des décès - INSERM Montpellier 2016

<sup>24</sup> Eléments pour un diagnostic territorial CPTS - ARS Occitanie 2019

		Part de la population en ALD en %		
		Montpellier	Hérault	Occitanie
<b>Nombre de personnes en ALD (ensemble ALD)</b>	36 110	16,0	18,0	18,5
- Tumeurs malignes	6 375	2,8	3,9	3,9
- Diabète de type 1 et de type 2	9 645	4,3	4,8	4,9
- Affections psychiatriques de longue durée	8 812	3,9	2,9	2,9
- Maladie d'Alzheimer et autres démences	1 536	0,7	0,8	0,9
- Pathologies cardio-vasculaires	10 384	4,6	6,9	7,8

En 2019, 16 % des habitant-es de Montpellier sont touché-es par une ALD.<sup>25</sup>

Les nouvelles admissions en ALD représentent une incidence des ALD significativement plus faible que l'incidence observée au niveau national.

### Maladies cardiovasculaires

Bien que les maladies cardiovasculaires soient la première cause d'admission en ALD, on observe une sous-incidence significative de ces ALD pour les habitants de Montpellier par rapport aux chiffres nationaux. Malgré une situation plus favorable, l'incidence des ALD pour maladies cardiovasculaires a augmenté de façon significative, sur le territoire comme dans les territoires de comparaison.

### Diabète

Quatre habitants sur cent sont touchés par le diabète. En 2019, 8 812 habitant-es sont en ALD en raison d'un diabète. Le taux d'incidence est, à structure d'âge comparable, significativement plus faible sur le territoire qu'en France métropolitaine. Toutefois, en cinq ans, l'incidence des ALD pour diabète a augmenté de façon significative sur le territoire comme dans les territoires de comparaison.

### Santé mentale

Elle couvre un domaine très large qui va de la santé mentale positive, se rapprochant de la notion de bien être mental et social de l'OMS, aux maladies psychiatriques. Ce champ est très vaste, très peu de données statistiques sont disponibles. On observe une sur-incidence significative des ALD pour affections psychiatriques sur le territoire, à structure d'âge identique, comme c'est également le cas dans le département et la région.

En 2019, 8 812 personnes souffrent d'une affection psychiatrique de longue durée.

#### Délivrances de psychotropes

*Assurance Maladie – Rezone CPTS 2020*

En 2019, sur l'ensemble du territoire de Montpellier Méditerranée Métropole, plus de 43 150 habitants du territoire ont eu au moins trois délivrances de psychotropes, soit 10,2 % des habitants couverts par la sécurité sociale ; cette part est proche de celle observée dans le département ou en Occitanie (11 %).

### Cancers

Quatrième cause d'admission en ALD sur le territoire, l'incidence des ALD pour cancer sont toutes deux significativement plus faibles qu'au niveau départemental et régional.

### Santé des enfants et des jeunes, des enjeux majeurs<sup>26</sup>.

« De la période périconceptionnelle jusqu'à la fin de l'adolescence, se construit la santé des individus. »

Parmi les enjeux majeurs de santé pour cette classe d'âge, on retiendra notamment :

<sup>25</sup> Rezone CPTS - Assurance Maladie 2020

<sup>26</sup> Profil santé Montpellier Méditerranée Métropole – CREA-ORS 2019

- La santé buccodentaire
- Les problèmes de poids hors normes (surpoids, obésité et maigreur)
- Les troubles mentaux et du comportement
- Les conséquences des accidents.

Plusieurs indicateurs de l'état de santé des enfants font l'objet d'un suivi à l'échelle nationale et, dans certains cas, régionale concernant la prévalence de maladies ou de facteurs de risque connus liés au mode de vie, souvent marqueurs des inégalités sociales de santé dès l'enfance. Ces indicateurs ne sont pas disponibles à l'échelle des territoires.

Dans le département de l'Hérault, la Protection Maternelle et Infantile effectue des examens de santé systématique chez les 5 - 6 ans, les données 2019 vont être publiées prochainement.

#### **DES COMPORTEMENTS A RISQUE CHEZ LES JEUNES OCCITANS<sup>21</sup>**

À 17 ans, les jeunes d'Occitanie consomment plus de produits psychoactifs que leurs homologues métropolitains. Quel que soit le produit consommé, les expérimentations sont plus fréquentes en Occitanie qu'en France métropolitaine. L'usage quotidien de tabac comme l'usage régulier de boissons alcoolisées des jeunes Occitans est identique à celui de l'ensemble des jeunes de France métropolitaine. Les niveaux de consommation de cannabis en Occitanie sont toutefois supérieurs à ceux de la France métropolitaine. »

#### **Du point de vue des populations**

*Consultation citoyenne 2021*

Selon les résultats de la consultation citoyenne, 66 % des personnes qui se sont exprimées considèrent qu'ils sont dans un bon état de santé et de bien-être.

12.7 % d'entre eux se considèrent dans un mauvais état de santé et de bien-être et 4 % dans un très mauvais état de santé et de bien-être.

## **6.5 Enjeux et publics spécifiques**

### **6.5.1 Déterminants et enjeux de santé des femmes**

Les femmes représentent 53 % de la population montpelliéraine en 2018 (153 747).

#### **LES FEMMES SEULES AVEC ENFANTS REPRESENTENT 86.4 % DES FAMILLES MONOPARENTALES DU TERRITOIRE**

Certaines de ces familles peuvent cumuler les vulnérabilités : jeunesse du parent, faible niveau de formation et de qualification, faible revenu, mauvaises conditions de logement, forte exposition au chômage. Ces facteurs influent sur leurs problèmes de santé et sur leur accès à la santé. L'habitat social est un territoire de refuge – le seul financièrement accessible - pour une partie des femmes seules avec enfants : les quartiers prioritaires abritent un certain nombre de ces familles monoparentales démunies.

#### **BIEN QUE PLUS DIPLOMEES QUE LES HOMMES, LES FEMMES ONT UN TAUX D'ACTIVITE ET DES CONDITIONS D'EMPLOI PLUS DEFAVORABLES.**

Le taux d'activité des femmes est inférieur à celui des hommes (61,9 % contre 69,3 %) et les conditions d'emplois sont moins favorables : l'emploi salarié représente 47,1 % des postes occupés (dont 16,8 % en temps partiel) avec une part des contrats à durée déterminés et l'intérim supérieure 15,6 %.

En 2018, les femmes montpelliéraines représentent 50,3 % des chômeurs.

Les habitantes des quartiers prioritaires sont plus nombreuses à être frappées par le chômage et le taux d'emploi y est particulièrement bas. Par ailleurs, l'écart avec les hommes est beaucoup plus marqué dans les quartiers de la politique de la ville.

#### **PREVENIR LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES ET ACCOMPAGNER LES VICTIMES : UN ENJEU IMPORTANT**

Comme le précise la Convention d'Istanbul<sup>27</sup>, "Les femmes et les filles sont souvent exposées à des formes graves de violence : violence domestique, harcèlement sexuel, viol, mariage forcé, mutilations génitales... lesquelles constituent une violation grave des droits humains et un obstacle majeur à la réalisation de l'égalité entre les femmes et les hommes".  
L'observation nationale des violences faites aux femmes précise<sup>28</sup> :

- En moyenne, le nombre de femmes âgées de 18 à 75 ans qui, au cours d'une année, sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles commises par leur conjoint ou ex-conjoint, est estimé à 213 000 femmes (146 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire en 2019)
- En moyenne, le nombre de femmes âgées de 18 à 75 ans qui au cours d'une année sont victimes de viols et/ou de tentatives de viol est estimé à 94 000 femmes (suite aux viols ou tentatives de viol qu'elles ont subi, seules 12 % des victimes ont porté plainte)
- On estime qu'au début des années 2010, la France comptait environ 125 000 femmes adultes ayant subi des mutilations sexuelles.

En ce qui concerne la Ville de Montpellier, le Conseil Local de Sécurité et de Prévention de la Délinquance (CLSPD), a pu, sur la base des chiffres fournis par les différents services de police concernés, produire un bilan concernant les violences intrafamiliales, les violences conjugales et les violences sexuelles.

Le nombre de crimes et délits enregistrés par la Direction Départementale de la Sécurité Publique de l'Hérault (DDSPH) sur le territoire de la Ville de Montpellier, est en régression en 2020 après une forte hausse observée en 2018). Ces violences se traduisent dans 73 % des cas par des coups et blessures volontaires et par des menaces et chantages pour 15 % des cas. La part des victimes féminines a augmenté par rapport à 2019 : 86% des victimes en 2020.

En ce qui concerne les violences conjugales, selon un rapport du ministère de l'intérieur sur les morts violentes au sein du couple paru en 2019, « l'Hérault est le deuxième département le plus touché ».

Ce constat est corroboré par l'association France Victime 34 qui a enregistré en 2019 pas moins de 435 cas de violences au sein du couple et autant de méfaits au sein de couples séparés. La situation semble s'aggraver en 2020 avec près de 800 cas recensés dans les 18 permanences de l'association (soit une augmentation de 84 %).

En ce qui concerne les violences sexuelles, selon les données fournies par la DDSPH les chiffres semblent baisser sur le territoire de Montpellier.

## DES COMPORTEMENTS MOINS FAVORABLES A LA SANTE

En 2020, l'association AXA Prévention a mené une enquête<sup>29</sup> qui met en lumière certaines pratiques des femmes vis-à-vis de leur santé.

Cette enquête illustre par des faits les stéréotypes subis par les femmes en raison de leur sexe. Deux exemples :

- L'infarctus du myocarde, souvent associé au sexe masculin, est sous-diagnostiqué chez les femmes. Or les maladies cardiovasculaires sont la première cause de décès des femmes dans le monde ;
- Il faut neuf ans en moyenne pour diagnostiquer l'endométriose, pathologie qui touche toutefois 10 à 15 % des femmes en âge de procréer.

Cette enquête montre également que les femmes ont une approche plus curative que préventive de la santé. Elles ont tendance à consulter un médecin lorsqu'elles sont malades, c'est-à-dire quand les symptômes ou la douleur n'ont pas disparu au terme d'une période d'observation et/ou d'automédication.

Les conséquences en matière de prévention sont importantes cela se confirme sur le territoire de Montpellier : le recours aux différents dépistages est largement en deçà de l'objectif de 80 % des populations ciblées (58,2 % des femmes concernées ont effectué une mammographie, 42,1 % de la population cible en ce qui concerne le dépistage du col de l'utérus)<sup>30</sup>.

Ces constats sont à nuancer notamment en fonction des groupes sociaux-économiques. En effet, les femmes issues de catégories socio-professionnelles supérieures ont davantage recours aux mesures préventives liées à la santé et elles intègrent plus facilement le bien-être physique et mental à la notion de bonne santé, quand les femmes issues des catégories moyennes et populaires associent, elles, la bonne santé au seul fait de ne pas « être malade ».

<sup>27</sup> Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique - Istanbul 11/05/2011

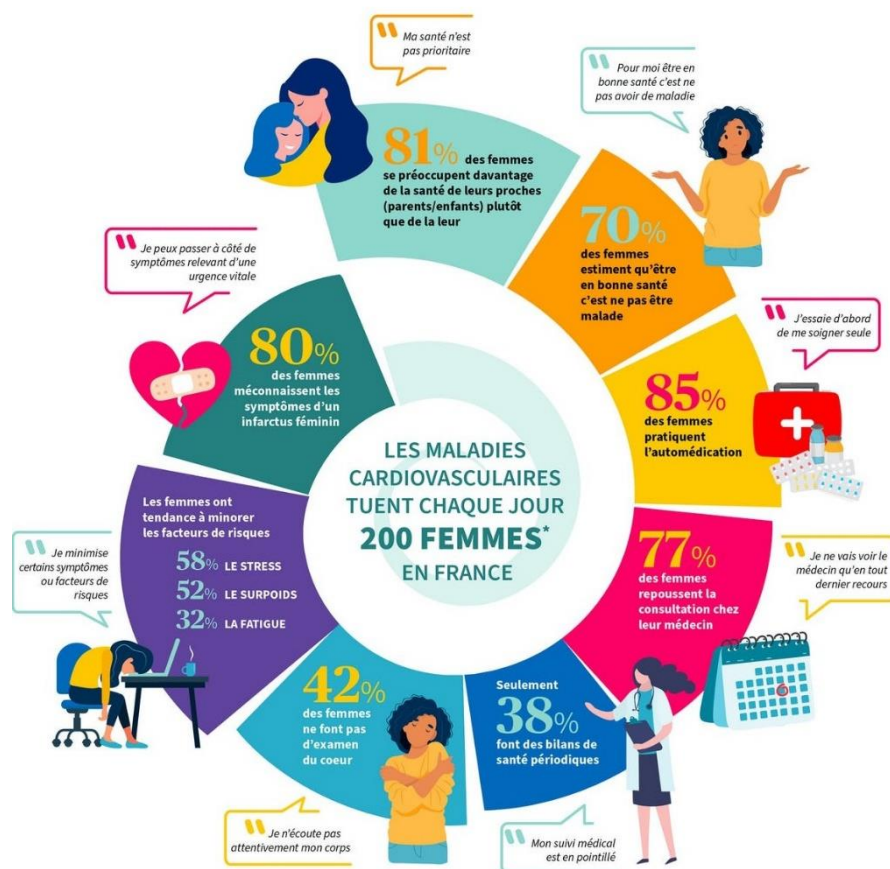
<sup>28</sup> <https://arretonslesviolences.gouv.fr/chiffres-de-reference-violences-faites-aux-femmes>

<sup>29</sup> <https://www.axaprevention.fr/prevention-et-sante-des-femmes-comprendre-le-rapport-au-soin>

<sup>30</sup> Rezone CPTS - Assurance Maladie 2021

# RÉSULTAT DE L'ÉTUDE INÉDITE SUR LA SANTÉ DES FEMMES

D'AXA PRÉVENTION • SEPTEMBRE 2021



Etude d'AXA Prévention menée par Elabe auprès d'un échantillon de 2 505 personnes, dont 1 324 femmes et 1 181 hommes, représentatif des résidents de France métropolitaine âgés de 15 ans et plus.

\* Source : Causes de mortalité en France. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, novembre 2019

## 6.5.2 Déterminants et enjeux de santé des étudiant·es

En 2019, le Ville de Montpellier comptait 75 504 étudiant·es inscrit·es.

Parmi ces étudiant·es, 29 480 étaient allocataires, soit 39 % (Allocation Logement et Allocation Personnalisée logement).

### DES DIFFICULTES DE SANTE SPECIFIQUES

Bien que cette population ait une perception plutôt positive de son état de santé, elle est confrontée à des difficultés de santé spécifiques : alimentation, accès aux soins, santé mentale et comportements à risques <sup>31</sup>.

En ce qui concerne l'alimentation, 48 % des étudiant·es déclarent sauter des repas pendant une semaine normale de cours, par manque de temps ou du fait d'horaires irréguliers, par manque d'appétit, pour des raisons financières, etc. Ces déséquilibres alimentaires ont des conséquences néfastes sur la santé des étudiants et risquent d'ancrer chez une population jeune des comportements alimentaires à risque.

L'accès aux soins est fragilisé par le fait que de nombreux étudiants renoncent à consulter un professionnel de santé. L'Observatoire de la Vie des Etudiants (OVE) estimait ainsi en 2018 que 30 % des étudiant·es objet de leur étude ont renoncé, pour des raisons financières, à des soins ou des examens médicaux au cours des douze derniers mois. Sont principalement concernés les soins dentaires, les consultations de médecins spécialistes et les soins optiques. Ces difficultés d'accès aux soins sont également liées à des problèmes de couverture sociale pour certains étudiants. Cela se vérifie sur le territoire montpellierain, en effet, sur les 5 000 consultations médicales réalisées par le Centre de Soins Universitaires de Montpellier (CSU), près de 25 % ont concerné des étudiant·es sans mutuelle. Face à ces situations, le CSU incite et accompagne les étudiant·es concerné·es dans leur démarche pour bénéficier de la complémentaire santé solidaire.

<sup>31</sup> Repère sur la santé des étudiants - Observatoire de la Vie des Etudiant·es 2018

## UNE OFFRE DE SANTE PSYCHOLOGIQUE INSUFFISANTE

S'agissant enfin de la santé mentale, les données de l'OVE montrent que 20 % des étudiant-es objet de leur étude ont connu une situation de détresse psychologique durant les quatre semaines qui ont précédé l'enquête, et 8 % ont pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois. Les difficultés de santé mentale sont très prégnantes dans cette classe d'âge et déterminantes pour la santé et la construction psychologique sur le long terme.

L'enquête de l'OVE montrent également qu'une part importante des étudiants ont, en outre, des comportements à risque : 36 % des étudiants sont fumeurs, 40 % consomment de l'alcool au moins une fois par semaine et 46 % des étudiants ont déjà consommé au moins une fois du cannabis.

Les besoins d'accompagnement psychologique et de soins en santé mentale sont importants dans la classe d'âge à laquelle appartiennent les étudiant-es, au moment où peuvent apparaître des troubles psychiatriques et où le développement en tant que jeune adulte peut être source de difficultés psychologiques. Or l'offre proposée aux étudiants est insuffisante et souvent mal connue : les effets massifs de la crise sanitaire sur la santé mentale des étudiants ont mis en lumière et aggravé ces manques. Dans le domaine de la santé mentale, l'offre de prévention et de soins semble faible au regard de l'importance de la population étudiante. Le CSU est actuellement en train de travailler avec l'ARS à la mise en place d'un bureau d'aide psychologique universitaire. Le CROUS et des associations telles qu'Allo Jeunes 34 conduisent par ailleurs des actions de soutien psychologique à destination des étudiants.

## L'OFFRE DE SOINS ET DE PREVENTION DEDIES AUX ETUDIANT-ES

On compte sur territoire de Montpellier deux services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS). Ces services accueillent, informent et orientent, mettent en place des actions collectives de prévention et d'éducation pour la santé, et proposent du soin (consultations d'infirmière, consultations psychologiques, consultations de nutrition,). Ils s'appuient sur des dispositifs tels que les étudiants relais-santé pour sensibiliser, informer et rendre les étudiant-es acteurs et actrices de leur propre santé.

Par ailleurs, le CSU est présent sur le territoire depuis 2016. L'équipe médicale et paramédicale est composée de trois médecins généralistes (environ 3 500 consultations par an), un psychiatre à mi-temps (environ 400 consultations par an), deux psychologues (environ 2 000 consultations par an), et d'un kinésithérapeute qui reçoivent près de 2 800 étudiant-es chaque année (soit 4 % de la population estudiantine montpelliéraine)<sup>32</sup>. Le CSU pratique le tiers payant, ce qui permet aux étudiant-es de ne pas avoir à avancer de frais. Comme évoqué plus haut, sur 2021 le CSU a comptabilisé près de 1 100 consultation d'étudiant-es ne bénéficiant pas d'une complémentaire santé.

Ce constat est alarmant et confirme la précarité financière d'une partie de cette population qui contribue à faire de la santé une préoccupation secondaire.

### 6.5.3 Déterminants et enjeux de santé des migrant-es<sup>33</sup>

En France, en 2018, 6,49 millions de personnes étaient immigrées, soit 9,7 % de la population totale; 2,45 millions d'immigré-es sont français par acquisition et nés hors de France, 4,04 millions d'immigré-es sont étranger-es et nés hors de France<sup>34</sup>.

Il n'existe pas un état de santé des « migrant-es » ni une médecine des migrant-es mais des constats épidémiologiques qui s'appliquent à certaines populations immigrées dans un contexte donné et à une période donnée de leur vie.

## LES DIFFERENTS STATUTS IMPACTENT L'ACCES AUX SOINS POUR LES MIGRANT-ES

Le terme « migrant-e » tend à masquer une grande diversité de statuts juridiques, de motifs de migration, ou encore de droits accordés.

L'accès aux droits des personnes qui ne sont pas de nationalité française et européenne est différent selon si la personne est en situation régulière ou non. Ces deux situations sont créatrices de droits, sous réserve de remplir certains critères notamment en termes d'accès aux soins : les personnes en situation régulière ont accès à la protection universelle maladie (PUMA), les personnes en situation irrégulière ont accès à l'aide médicale de l'État (AME).

## DES PATHOLOGIES QUI TOUCHENT DAVANTAGE LES PERSONNES IMMIGREES

Plusieurs travaux ont successivement mis en lumière des barrières à l'accès aux soins des immigrés, creusant ainsi leurs inégalités sociales dans l'accès aux soins. Les enquêtes ont notamment souligné la vulnérabilité spécifique des personnes à faible niveau

<sup>32</sup> Entretien Stéphanie GALLY responsable du CSU – 9 novembre 2021

<sup>33</sup> Santé des migrants, Actualité et dossier en santé publique – haut Conseil de la Santé Publique juin 2020

<sup>34</sup> L'essentiel sur... les immigrés et les étrangers- INSEE 2021

d'éducation, des femmes et des personnes en situation de précarité. Certaines enquêtes ont également mis en exergue les difficultés d'installation, les bouleversements familiaux à l'arrivée sur notre territoire, et leurs conséquences en termes de santé mentale. Elles ont mis en lumière la vulnérabilité sexuelle des personnes migrantes en situations de précarité et les interactions avec le risque de contamination par le VIH après l'arrivée en France.

Plusieurs autres travaux ciblés sur certaines pathologies ont souligné la fréquence parmi les migrants d'autres maladies infectieuses comme l'hépatite B, la tuberculose, la bilharziose urinaire et le paludisme.

#### **UNE VULNERABILITE ACCRUE AUX TROUBLES PSYCHIATRIQUES**

La santé mentale des immigré·es fait partie des sujets de préoccupation importants. En effet, les statuts migratoires et de minorité ethnique sont associés à un risque augmenté de troubles psychiatriques par rapport aux natifs. Ce risque augmenté est expliqué par un plus grand risque d'exposition à des facteurs stressants augmentant la vulnérabilité au développement de troubles psychiatriques. Il n'est pas seulement associé aux facteurs de risque prémigratoires (par exemple conflits armés) mais est aussi (et surtout) influencé par les conditions d'installation et d'intégration dans le pays d'accueil. Par exemple, les troubles psychotiques se développent des années après la migration. De plus, une meilleure intégration dans le pays d'accueil et un accès aux soins psychiatriques adaptés et précoces favorisent un meilleur pronostic des troubles de stress post-traumatique ou des épisodes dépressifs.

#### **MALGRE L'ADOPTION DE CONDUITES DE PREVENTION PLUS FAVORABLE, ON CONSTATE UNE DEGRADATION DE L'ETAT DE SANTE DES MIGRANT-ES APRES LEUR ARRIVEE EN FRANCE**

L'ensemble des constats soulignent majoritairement une dégradation de l'état de santé des migrant·es après leur arrivée en France, et ce malgré un « capital santé » plutôt meilleur à l'arrivée. Ces résultats s'inscrivent dans la problématique des inégalités sociales de santé, sans pour autant pouvoir y être réduits.

Concernant l'usage de substances addictives, on constate une augmentation des conduites addictives. En revanche, les migrant·es adoptent des conduites de prévention plus favorables concernant la pratique de partage des seringues, ce qui diminue leur risque d'exposition à l'infection par le virus de l'hépatite C.

Chez les immigré·es installé·es, on observe une augmentation des maladies cardiovasculaires et métaboliques, des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Enfin, une problématique émergente est le vieillissement, parfois prématuré, des travailleurs·euses immigré·es et l'enjeu de la prise en charge de la dépendance.

La fréquence de ces pathologies est souvent aggravée par un retard du diagnostic et de la prise en charge, expliqué au moins en partie par des barrières dans l'accès aux soins des immigrés.

La durée du séjour, comme la maîtrise de la langue française, « ont une influence déterminante sur le fait d'être couverts ».

#### **LES ENFANTS SONT UNE POPULATION PARTICULIEREMENT VULNERABLE PARMIS LES MIGRANTS.**

En 2018, l'Office Français de Protection des Réfugiés et des Apatrides (OFPRA) dénombrait en France 21 888 mineurs « accompagnant » leurs parents et 3 000 mineures protégées contre le risque de mutilation sexuelle.

Les principales pathologies diagnostiquées chez les enfants migrants de moins de 15 ans sont les infections : infections aiguës hivernales des voies respiratoires supérieures, les bronchites et bronchiolites, hépatites virales, etc. Les problèmes digestifs, cutanés, notamment les dermatophytoses ou la gale, et les atteintes respiratoires, comme l'asthme, sont aussi plus nombreux chez cette population. L'absence ou les mauvaises conditions de logement des familles, associant promiscuité, insalubrité, absence de chauffage et humidité, ainsi que les difficultés d'accès à une alimentation riche et variée rendent les enfants particulièrement vulnérables (carences nutritionnelles voire insécurité alimentaire).

Le nombre de mineurs non accompagnés (MNA) a considérablement augmenté ces dernières années et il est probablement sous-estimé. En 2018, selon le ministère de la Justice, 40 000 jeunes sont entrés sur le territoire français et seuls 17 022 jeunes ont été reconnus mineurs non accompagnés par les Conseils Départementaux et placés auprès de l'aide sociale à l'enfance.

Au 31 octobre 2021 sur le territoire de la Ville de Montpellier, on dénombre 358 mineurs (en accueil provisoire d'urgence, jugement d'assistance éducative ou tutelle) et 364 bénéficiaires d'un contrat jeune majeur (18 – 21 ans).

Ils sont répartis dans différents lieux d'hébergement en fonction de leur âge et de leur situation (cf. Tableau ci-après). Il est important de noter qu'en 2022, un appel à projet sera lancé par le Conseil Départemental de l'Hérault pour l'ouverture de 200 places d'hébergement supplémentaires et adaptées aux profils des jeunes (collectif d'une capacité maximale de 50 places, petits collectifs, appartements diffus et supervisés)<sup>35</sup>.

---

<sup>35</sup> Conseil Départemental de l'Hérault, Direction Enfance et Famille service Mineurs et Jeunes Majeurs Non Accompagnés -2021



MNA PAR AGE	13 ans et moins	13 -15 ans	16 – 17 ans	18 ans	19 ans	20 ans	21 ans
358 Mineurs (accueil provisoire d'urgence, Jugement d'Assistance Educative, Tutelle)	1.5 %	18.3 %	79.7 %	-	-	-	-
364 Majeurs (contrat jeune majeur)	-	-	-	48 %	38 %	12 %	1.1 %

TYPE D'HEBERGEMENT POUR LES MNA	Nombre de places
Hôtels supervisés par des équipes éducatives	187
Résidences hôtelières (majeurs uniquement)	147
Un toit où apprendre (structure dédié aux MNA)	83
Estanc (structure pour les MNA en accueil provisoire d'urgence)	50
Habitat Jeune (Montpellier, Sète et Béziers)	85
Maison d'Enfants à Caractère Sociale	64
Lieu de vie et d'accueil	18
Assistante familiale	6
SETMNA (Service Educatif Temporaire)	4
Service d'accueil et d'accompagnement des mineurs à Nissan-Lez-Ensérune et Pézenas	41
Villa Boisseron	6
Abri Languedocien	2
Autre (incarcération, foyer de la Proection Jidiciaure de la Jeunesse, fugues)	29
<b>Total</b>	<b>722</b>

#### LES MNA CONNAISSENT DES CONDITIONS DE VIE DIFFICILES ET LES PROBLEMATIQUES DE SANTE SONT NOMBREUSES

Les pathologies qui touchent le plus les MNA sont les infections, la tuberculose latente, les parasitoses digestives et les hépatites virales. Ces jeunes souffrent aussi souvent de dénutrition.

En ce qui concerne la santé mentale, on constate une prévalence importante des états de stress post-traumatique. Or, les difficultés d'accès aux services de pédopsychiatries, souvent saturés, et le manque de ressources au niveau du psychotrauma ne permettent pas de répondre aux besoins. Par ailleurs, les difficultés d'intégration sociale, professionnelle et scolaire pour les jeunes souffrant de ces troubles, ont pour conséquence de limiter fortement leur possibilité d'être régularisés sur le territoire. Toutes ces observations montrent de manière évidente que la situation des enfants migrants en France va à l'encontre de l'intérêt supérieur de l'enfant et renforcent la nécessité d'un premier bilan de santé des mineurs non accompagnés rapidement après leur arrivée sur le territoire, et de l'organisation de la continuité de ce suivi parfois difficile étant donné les changements de lieu d'hébergement répétés de cette population.

#### 6.5.4 Déterminants et enjeux de santé des personnes en situation de handicap

"Constitue un handicap toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant»<sup>36</sup>. Il s'agit donc d'une définition portant à la fois sur les causes (problèmes de santé, limitations des fonctions) et les conséquences (restrictions de participation), et qui plus est, contextualisée dans un environnement donné.

Cette définition ne fournit aucune condition sur l'âge des personnes. Elle couvre aussi l'invalidité ou la perte d'autonomie des seniors<sup>37</sup>. Le nombre de personnes vivant avec un handicap est en hausse, ce qui s'explique en partie par le vieillissement des populations et par l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques.

<sup>36</sup> Article L114 - Code de l'action sociale et des familles

<sup>37</sup> <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/ressources-et-methodes/les-donnees-statistiques-sur-le-handicap-et-lautonomie>

Dans son dossier de février 2021 intitulé « Comment vivent les personnes handicapées - Les conditions de vie des personnes déclarant de fortes restrictions d'activité », le Direction de la Recherche, des études, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS), présente un certain nombre de constats :

- Une population handicapée plus âgée et plus féminine
- Les personnes handicapées vivent plus souvent seules dans leur ménage
- Les personnes handicapées sont moins diplômées et plus éloignées du marché de l'emploi
- Les ménages des personnes handicapées perçoivent plus souvent des prestations liées à la maladie ou l'invalidité
- Un niveau de vie inférieur dans les ménages des personnes handicapées
- Les personnes handicapées sont près de deux fois plus nombreuses à vivre dans un ménage pauvre
- Des indicateurs d'une santé dégradée pour les personnes handicapées
- Des consultations médicales plus nombreuses et plus fréquentes parmi les personnes handicapées
- Les personnes handicapées sont plus souvent isolées que l'ensemble de la population
- Les personnes handicapées se déclarent moins satisfaites de leur vie en général

## UNE OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PRISE EN CHARGE RELATIVEMENT FAIBLE

### Education et accompagnement des enfants en situations de handicap

En 2019, on compte sur le territoire de la commune 2 496 bénéficiaires de l'Allocation Education de l'Enfant Handicapé (soit 2 % des ménages allocataires).

La faiblesse des moyens mobilisables par l'Education Nationale au service de ces publics, ne favorise pas l'inclusion scolaire. Les enseignants ne sont par ailleurs pas suffisamment formés. De plus, les effectifs d'AESH (ex-AVS) ne correspondent pas aux besoins réels des enfants handicapés<sup>38</sup>.

On constate également une pénurie de places en ITEP, IME, SESSAD et MECS (en 2019 on comptabilise 332 places en IME, 229 places en ITEP, 519 en SESSAD et 97 en MECS). Le taux d'équipement en établissements et services pour jeunes en situation de handicap dans l'Hérault est parmi les trois plus faibles d'Occitanie. Dès lors, les enfants en situation de handicap connaissent des parcours scolaires complexes, hachés qui rajoutent une difficulté supplémentaire à la situation de handicap. Cette situation est d'autant plus prégnante dans les QPV.

### Hébergement et services d'accompagnement des adultes en situation de handicap

En 2019, En 2019, on compte sur le territoire de la commune 8 759 bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé (soit 8 % des ménages allocataires).

Comme le montre le tableau ci-dessous, les places d'hébergement et l'accès aux services d'accompagnement et d'insertion professionnelle sont limitées sur le territoire de la Ville.

---

<sup>38</sup> Les discriminations subies par les personnes en situation de handicap dans les quartiers « politique de la ville » à Montpellier – Service de la Cohésion sociale Ville de Montpellier 2021

	Nombre	Nombre de places
<b>ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX POUR PERSONNES ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP</b>		
Foyer d'hébergement pour adultes handicapés	4	185
MAS (Maison d'accueil spécialisée)	3	103
Foyer de vie pour adultes handicapés	9	325
Établissement d'accueil temporaire	1	15
FAM (Foyer d'accueil médicalisé)	4	103
Établissement accueil médicalisé E.A.M	2	102
ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail)	5	284
Entreprise adaptée	1	43
SAMSAH. (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés)	4	81
SAVS. (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)	6	344

A la faiblesse du nombre de places d'hébergement adapté s'ajoute des problématiques d'accessibilité et d'adaptation des logements. Les personnes handicapées ayant souvent de faibles ressources, il leur est très difficile d'accéder au logement privé. Pour les mêmes raisons, il leur est très difficile d'équiper et d'aménager leur logement. Dans le domaine du logement social, le volume de logements adaptés n'est pas assez élevé pour répondre aux besoins des personnes handicapées.

#### DES DIFFICULTES RELATIVES A L'ACCES AUX SOINS ET A LA PREVENTION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Si l'offre de soin est globalement satisfaisante sur le territoire, les personnes ne situation de handicap rencontrent des difficultés pour y accéder. Ces obstacles sont divers :

##### Le coût des soins

De nombreuses personnes en situation de handicap vivent en dessous du seuil de pauvreté. Une situation financière précaire qui mène parfois au renoncement aux soins.

##### L'accès aux lieux de soin

Premier obstacle pour une personne en situation de handicap : l'impossibilité de se rendre dans les lieux de soins (cabinets médicaux, établissements de santé, centres de prévention...) pour cause d'inaccessibilité. S'ajoutent les questions de matériels ou d'équipements non adaptés (table de consultation trop haute, matériel d'imagerie médicale trop étroit et/ou trop haut et/ou qui demande à être debout...). Des situations qui dénie aux personnes le libre choix de leur médecin.

##### Des personnels médicaux peu sensibilisés et formés

Avoir un dialogue de confiance avec les professionnels de santé est indispensable. Or, le personnel de santé ne dispose pas toujours des compétences et des connaissances nécessaires pour répondre aux besoins. Par ailleurs, pour améliorer les parcours de santé, il faudrait prendre plus en compte l'expertise des patients en situation de handicap et de leurs proches.

L'accès à l'information et à la prévention doit permettre aux personnes en situation de handicap de connaître les risques d'une maladie et les gestes à effectuer. L'accès aux campagnes et aux lieux de prévention et/ou de dépistage ne relève pas de l'évidence pour les personnes en situation de handicap qui ne peuvent quitter leur domicile ou sont accueillies dans des établissements, les jeunes en particulier.

Ces situations sont particulièrement présentes dans les quartiers prioritaires de la ville de Montpellier. Le non-recours aux droits dans le domaine de la santé dans les QP s'explique notamment par un moindre capital culturel et social, par le développement de la dématérialisation de l'accès aux droits ainsi que par le manque de connaissance de dispositifs complexes. En conséquence, les situations de handicap sont détectées moins souvent, plus tardivement et connaissent un moins bon traitement médical, ce qui affecte la qualité de vie des habitants des QPV<sup>39</sup>.

<sup>39</sup> Les discriminations subies par les personnes en situation de handicap dans les quartiers « politique de la ville » à Montpellier – Service de la Cohésion sociale Ville de Montpellier 2021

## DES SITUATIONS DE HANDICAP PSYCHIQUE QUI SE DEVELOPPENT

Si l'on se réfère à l'indicateur « GALI » (« Global Activity Limitation Indicator », ou indicateur de restriction globale d'activité), sont qualifiées de personnes handicapées les personnes qui se déclarent fortement limitées, depuis au moins 6 mois et pour un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement.

Dès lors les problématiques de santé mentale qui limitent les individus sont à prendre en considération.

Le constat de l'augmentation du mal-être des populations est largement partagé par les praticiens.

Le dépistage et l'accompagnement de ces pathologies psychiatriques handicapantes ne sont pas suffisamment efficaces. Les acteurs de terrain sont peu outillés pour faire face à l'expression des pathologies psychiatriques des publics et rencontrent des difficultés pour orienter et faciliter l'accès aux soins. Il semble également que l'organisation du système de santé « psychiatrique » mériterait d'être améliorée.

## DES ENJEUX LIES AU VIEILLISSEMENT, A L'ISOLEMENT ET A LA PERTE D'AUTONOMIE

Si la population de Montpellier est « jeune », elle compte selon le recensement de 2018, 42 040 habitant·es de plus de 65 ans (les femmes représentent 60 % de cette tranche d'âge).

L'isolement des personnes âgées est relativement significatif, plus de la moitié des montpelliérain·es de plus de 80 ans déclarent vivre seul·es (51.6% de cette tranche).

Ces situations à « risque d'isolement » sont particulièrement fréquentes en milieu urbain. Certaines personnes âgées cumulent les risques d'isolement social, d'isolement lié aux déplacements, de faible niveau de revenus, et de fragilité de santé (cf 6.2 Déterminants sociaux de santé).

Ces situations risquent de s'aggraver notamment dans les quartiers prioritaires dans lesquels le vieillissement est en court et les populations concernées ont connu, pour beaucoup, des parcours de vie difficiles (emplois pénibles, emplois précaires, accès aux soins difficiles, parcours de vie compliqués pour les migrant·es et parfois une absence de soins avant l'arrivée en France, ...). Le vieillissement à venir sur les quartiers prioritaires sera plus intense qu'ailleurs. L'analyse des données de l'allocation pour l'autonomie des personnes âgées (APA) met en évidence un taux de recours plus important qu'ailleurs. Cette situation conforte l'observation réalisée dans la partie « santé » du diagnostic COMPAS sur le « vieillissement dans les QPV » plus rapide des habitant·es des quartiers prioritaires de la Ville<sup>40</sup>.

## DES BENEFICIAIRES DE L'APA ET DE L'ASH PLUS IMPORTANT QU'AU NIVEAU NATIONAL MAIS UN TAUX D'EQUIPEMENT D'HEBERGEMENT PLUS FAIBLE

Les chiffres départementaux<sup>41</sup> de 2019 illustrent les problématiques suivantes :

- 9,9 % des héraultai·es de 60 et plus bénéficient de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) (7,5 % en France) ;
- 27,1 % des héraultai·es de 75 ans et plus bénéficient de l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH) (15,7 % en France) ;
- Le taux d'équipement d'hébergement pour personnes âgées de 75 ans et plus est de 90,8 ‰ dans l'Hérault (120,7 ‰ en France);
- Le taux d'équipement en lits médicalisés pour personnes âgées de 75 ans et plus est de 85,6 ‰ (100,5 ‰ en France);
- Le taux de places dans les services de soins infirmiers à domicile pour les 75 ans et plus est de 14,6 ‰ (20 ‰ en France).

### 6.5.5 Déterminants et enjeux de santé des usagers de drogues

Selon l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), le terme de « drogue » recouvre l'ensemble des produits psychoactifs (substances licites comme le tabac ou l'alcool ou substances illicites comme le cannabis, la cocaïne, etc.) dont la consommation perturbe le système nerveux central en modifiant les états de conscience<sup>42</sup>.

## LA REGION OCCITANIE EST FORTEMENT CONCERNEE PAR LES USAGES DE DROGUES ET LES PROBLEMATIQUES D'ADDICTIONS.

Selon la fiche territoriale Occitanie 2020 de l'Observatoire des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) les chiffres occitans sont dans leur grande majorité supérieurs aux chiffres nationaux (cf. tableau ci-dessous)<sup>43</sup>.

<sup>40</sup> Les Quartiers Prioritaires sont des quartiers jeunes, COMPAS - Diagnostic de la Politique de la Ville Montpellier Méditerranée Métropole 2021

<sup>41</sup> Eléments pour un diagnostic territorial CPTS - ARS Occitanie 2019

<sup>42</sup> <https://www.ofdt.fr/>

<sup>43</sup> <https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/FichesTerritoires/FicheTerritorialeOCC2020.pdf>

USAGES DE PRODUITS PSYCHOACTIFS A L'AGE ADULTE (18-75 ans pour l'alcool et le tabac, 18-64 ans pour les autres produits) En 2017 dans la région Occitanie et en France métropolitaine (%)		Région Occitanie	France métropolitaine
		Ens. (n=2371)	Ens. (n=25319)
Alcool	Expérimentation	97	94,6
	Usage régulier ( ≥ 10 usages dans le mois)	23	18,8
	Usage quotidien (≥ 30 usages dans le mois)	14	10,6
Alcoolisation ponctuelle importante (API)	Dans le mois ( ≥ 1 fois)	17	16,2
Tabac	Expérimentation	79	75,7
	Quotidien (≥ 1 cigarette/jour)	29	27,0
	Intensif (≥ 10 cigarettes/jour)	14	12,8
Cannabis	Expérimentation	51	44,8
	Usage dans l'année	11	11,0
	Usage régulier (≥ 10 usages dans le mois)	4	3,6
Poppers	Expérimentation	10	8,7
Cocaïne	Expérimentation	10	5,6
MDMA/ecstasy	Expérimentation	7	5,0
Champignons hallucinogènes	Expérimentation	7	5,3
LSD	Expérimentation	4	2,7
Amphétamines	Expérimentation	4	2,2
Héroïne	Expérimentation	2	1,3
Crack	Expérimentation	1	0,7

#### LES NIVEAUX D'USAGES DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES A 17 ANS EN 2017 EN OCCITANIE SONT PLUS IMPORTANTS QU'AU NIVEAU NATIONAL<sup>44</sup>

S'agissant de l'alcool, les jeunes de 17 ans de la région se démarquent quasi-systématiquement des autres régions par des prévalences de consommation plus importantes.

Pour le cannabis, le niveau d'expérimentation parmi l'ensemble de la population s'avère élevé. Les jeunes de 17 ans d'Occitanie ont des niveaux de consommation supérieurs à la moyenne nationale et ce, quel que soit l'indicateur considéré (usage dans le mois, ou régulier).

Enfin, s'agissant des autres produits, les niveaux d'expérimentation de la cocaïne, de champignons hallucinogènes et d'amphétamines sont supérieurs aux autres régions parmi les jeunes de 17 ans et les adultes. Plus généralement, la région Occitanie tend à se distinguer par une surmortalité due aux accidents de la route qui sont liés à un usage de drogues illicites. Ces phénomènes sont amplifiés par la forte attractivité qu'exerce la ville de Montpellier auprès d'une population jeune.

#### UNE OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT ET DE SOINS SIGNIFICATIVE SUR LA VILLE DE MONTPELLIER

##### Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)

Ces structures regroupent différents professionnels (médecins, infirmiers, psychologues, assistants sociaux, éducateurs...) pour accompagner les personnes dans leurs addictions. Les 4 CSAPA intervenant sur Montpellier sont portés par : Addictions France 34 (un CSAPA ambulatoire et un CSAPA avec Hébergement – Centre Thérapeutique Résidentiel), Arc-en-Ciel et le CHU via l'UTTD (Unité de Traitement des Toxicodépendances). Le groupe SOS porte un CSAPA Entracte avec hébergement sur Castelnau le Lez qui accueille des montpelliérains.

##### Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)

<sup>44</sup> <https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/FichesTerritoires/FicheTerritorialeOCC2020.pdf>

Ce sont des établissements médico-sociaux d'accueil et d'aide à la réduction des risques sanitaires et sociaux auprès des usagers de drogues. Les deux CAARUD sont portés par le Groupe SOS – AXESS - et l'association Réduire les risques.

Il existe une antenne du CSAPA Entracte portant l'unité méthadone bas seuil sur le site du CAARUD AXESS.

### Consultations Jeunes Consommateurs (CJC), Points Accueil et Écoute Jeune (PAEJ) et Maison des Adolescents (MDA).

Les consultations jeunes consommateurs sont gratuites et anonymes. Elles sont destinées aux jeunes consommateurs de substances psychoactives). Elles peuvent également accueillir les familles, sans leur enfant, afin de les conseiller et de les aider à trouver une démarche pouvant inciter leur enfant à dialoguer ou à consulter. Ces consultations sont rattachées à des structures médico-sociales (CSAPA) et sont composées de professionnels formés aux spécificités de l'approche des jeunes.

Les Points Accueil et Écoute Jeunes (PAEJ) sont des structures dédiées à l'écoute des jeunes en situation de mal-être (PEPA, le ZINC), La Maison des Adolescents de l'Hérault, dont le siège est à Montpellier porte par ailleurs une mission d'accueil et d'écoute inconditionnel.

### Dispositifs d'écoute et d'accompagnement en santé globale

Equipe mobile du CODES 34 (avec spécificité sur l'addiction sur Montpellier), permanences de Via Voltaire... destinées aux bénéficiaires du RSA.

### Dispositifs de réduction des risques en milieu festif

La prise en compte de la consommation et des modes de vie qu'elle génère est un des fondements de la réduction des risques et des dommages (RdRD). Plusieurs Dispositifs de réduction des risques des dommages interviennent sur la ville de Montpellier, notamment en milieu festif (CODES 34, Avenir Santé, AXESS, etc.).

La question des addictions apparaît comme un enjeu important sur le territoire Montpelliérain en terme de consommations et des conséquences à la fois pour les usagers (santé, social, insertion, logement...), mais également pour la Cité (risque sanitaire, risque social, sécurité...).

Ces 1ers constats et enjeux en terme d'addictions et notamment en matière de réduction des risques et des dommages (RDRD) ont fait apparaître un manque de lisibilité des différentes politiques engagées, des dispositifs et de leurs fonctionnements, ainsi qu'un manque de connaissances des consommations, des différents usagers et des prises en charge.

## 6.5.6 Comportement de santé en Occitanie<sup>45</sup>

Les indicateurs sur les habitudes de vie et les facteurs de risque dans la population générale ne sont pas disponibles à une échelle localisée mais sont disponibles à l'échelle régionale ; ils sont issus de l'analyse d'un échantillon représentatif de la population d'Occitanie : 2 400 personnes de 15 à 75 ans (Baromètre Santé – CREAL-ORS 2016)

Ces indicateurs mesurent l'importance de certains comportements de santé à risques.

Leur analyse met bien en évidence les enjeux autour des Inégalités Sociales de Santé (ISS), très présentes dans la région et dans plusieurs dimensions.

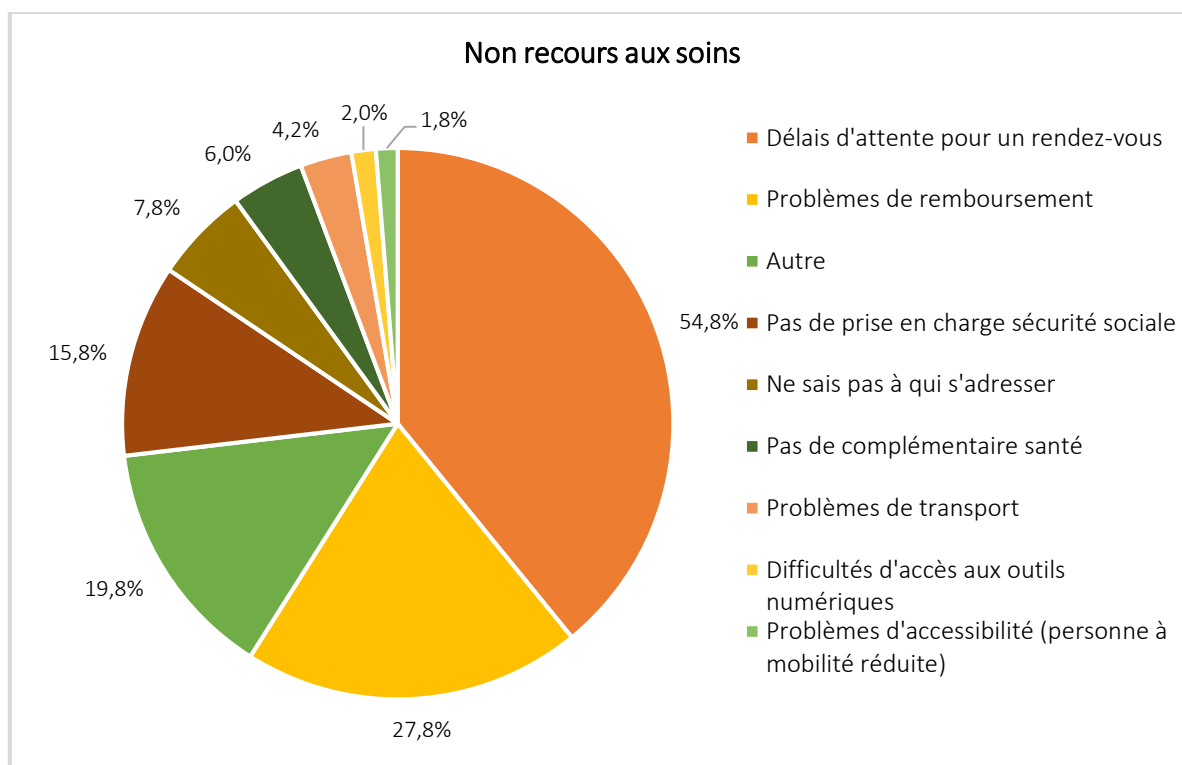
Les différences observées selon les groupes sociaux ou selon les revenus ou le niveau de diplôme (toutes choses égales par ailleurs) concernent en effet :

- La surcharge pondérale : 47 % des hommes et 31 % des femmes.
- L'usage quotidien d'alcool : 18 % des hommes et 6 % des femmes.
- Le tabagisme quotidien : 29 % des hommes et 26 % des femmes.
- Le renoncement aux soins : 13 % des hommes et 19 % des femmes ont renoncé aux soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois. 27 % des hommes et 28 % des femmes ont une opinion négative sur la vaccination en général.

### UN NON RECOURS AUX SOINS IMPORTANT<sup>46</sup>

629 personnes, soit 67,6 % des personnes interrogées ont précisé avoir renoncé aux soins au cours de 12 derniers mois précédents la consultation citoyenne.

Les principales raisons de ce non recours sont :



Les principales raisons de ce renoncement sont les délais d'obtention d'un rendez-vous (54.8 %) et les difficultés financières (problème de remboursement pour 27.8 % des personnes interrogées).

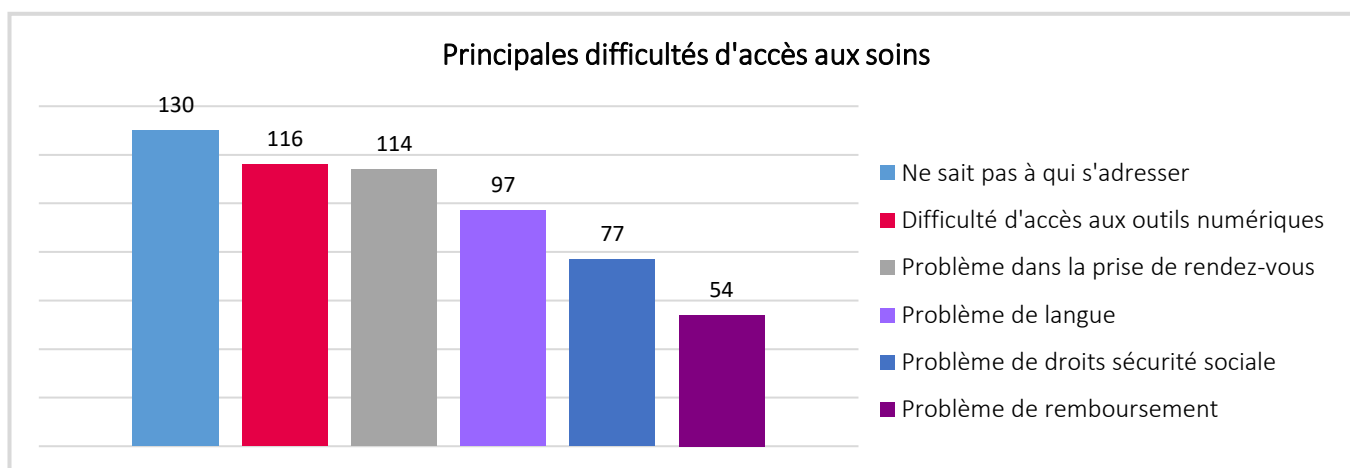
L'expression de montpelliérain-es est corroborée par 82 % des professionnel·les concertées qui estiment que les publics qu'ils accompagnent ont des difficultés à accéder aux soins.

Selon ces professionnel·les, les trois principales difficultés d'accès aux soins sont :

« Ne sais pas à qui s'adresser », « difficultés d'accès aux outils numériques » et les « problèmes dans la prise de rendez-vous ».

<sup>45</sup> Profil santé Montpellier Méditerrané Métropole – CREAL-ORS 2019

<sup>46</sup> Résultats de l'enquête menée auprès des acteurs et actrices concernés – 2021  
Consultation citoyenne – 2021



Dans une très large majorité, ce sont les personnes en situation de précarité qui ont le plus de difficultés à accéder aux soins (71,7 % selon les personnes interrogées). Viennent ensuite les personnes souffrant de problème de santé mentale (53,4 %), les personnes migrantes (42,8 %), les sans-abris, les personnes en situation de handicap, les étudiants, et les personnes âgées. Cela s'explique par un manque d'accompagnement et d'orientation mais également par la multiplicité et le cumul des difficultés des publics. L'accès aux soins n'est parfois plus la préoccupation prioritaire de certains publics. Une autre explication rencontre l'adhésion des acteurs, il s'agit de la complexité liée aux démarches administratives des parcours.

## 6.6 Offre de soins sur le territoire

### 6.6.1 Etablissements de soins<sup>47</sup>

Montpellier dispose sur son territoire de 10 établissements de santé pour court séjour dont 5 hôpitaux et 5 cliniques. Ces 10 établissements de santé interviennent, pour des hospitalisations en médecine, chirurgie et obstétrique, parfois même au niveau de la région Occitanie. Ces établissements et services sont plutôt bien répartis sur le territoire. Montpellier Méditerranée Métropole se caractérise par une parité d'établissements publics et privés.

- CHS La Colombière
  - CHU Saint-Eloi
  - CHU Gui de Chauliac
  - CHU Lapeyronie
  - CHU Arnaud de Villeneuve
- Clinique Saint Jean
  - Polyclinique Saint-Roch
  - Clinique Beau Soleil
  - Clinique du Millénaire
  - Clinique du Parc

La Métropole dispose également sur son territoire de :

- 6 services d'urgence dont 4 à Montpellier
  - 7 établissements MCO (Médecine – Chirurgie – Obstétrique),
- 4 établissements d'hospitalisation à domicile (HAD)
  - 3 établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR)

TYPE D'ETABLISSEMENT	Nombre
Centre hospitalier régional universitaire / régional	1
Entité du centre hospitalier régional universitaire / régional	17
Clinique / polyclinique	5
Hospitalisation à domicile	4
Etablissement MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrie)	7
Service d'urgence	6
Soin de suite et de réparation	3

<sup>47</sup> Eléments pour un diagnostic territorial CPTS - ARS Occitanie 2019



Les établissements MCO pratiquent des activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique ainsi que des activités de cancérologie. Ils proposent des prises en charge à temps complet ou des services ambulatoires.

L'activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Pilier central de tout établissement hospitalier, le service d'urgence est en charge de l'accueil et des soins des personnes qui se présentent d'elles-mêmes à l'hôpital ou qui arrivent via les services de secours comme les pompiers ou le Samu.

#### Etablissements sociaux et médico-sociaux<sup>48</sup>

	Nombre	Nombre de places
<b>ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX POUR PERSONNES AGEES</b>		
Résidences autonomie	3	101
EHPAD	20	1 596
EHPA ne percevant pas des crédits Assurance Maladie	1	39
<b>SERVICE DE MAINTIEN A DOMICILE</b>		
207 Centres de jour pour personnes âgées	1	25
<b>SERVICE MULTI CLIENTELES</b>		
SPASAD (Services polyvalents d'aide et de soins à domicile)	1	25
SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile)	25	477
<b>ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP</b>		
IME (Institut Médico Educatif)	5	332
ITEP (Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique)	3	229
Institut pour déficients auditifs	1	97
SESSAD (Services d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile)	10	519
CMPP (centres médico-psycho-pédagogiques)	1	NC
CAMSP (Centres d'Action Médico-Sociale Précoce)	1	91
Etablissement expérimental	2	0
Foyer d'hébergement pour adultes handicapés	4	185
MAS (Maison d'accueil spécialisée)	3	103
Foyer de vie pour adultes handicapés	9	325
Établissement d'accueil temporaire	1	15
FAM (Foyer d'accueil médicalisé)	4	103
Établissement accueil médicalisé E.A.M	2	102
ESAT (Etablissement et Service d'Aide par le Travail)	5	284
Entreprise adaptée	1	43
SAMSAH. (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés)	4	81
SAVS. (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale)	6	344

<sup>48</sup> Eléments pour un diagnostic territorial CPTS - ARS Occitanie 2019

## 6.6.2 Offre de soin de premier recours<sup>49</sup>

### Démographie médicale

Offre de soins de premier recours	MONTPELLIER		HÉRAULT	OCCITANIE	FRANCE
	Effectif	% 60 ans +	% 60 ans +	% 60 ans	% 60 ans +
Médecins généralistes libéraux	389	17.4	33,2	36,7	35,2
Chirurgiens- dentistes libéraux	258	29	24,8	23,2	24,9
Infirmiers libéraux	453	19.6	10.9	12.5	11,4
Masseurs-kinésithérapeutes libéraux	799	11	9,8	10,2	11,6
Sages-femmes libérales et mixtes	46	NC	NC	NC	NC
Orthophonistes libéraux et mixtes	193	NC	NC	NC	NC
Pédicures-podologues libéraux et mixtes	59	NC	NC	NC	NC

En 2019, le territoire de Montpellier compte 389 médecins généralistes, 258 chirurgiens-dentistes, 453 infirmiers et 799 masseurs- kinésithérapeutes en exercice libéral.

17,4 % des médecins généralistes de la métropole sont âgés d'au moins 60 ans ; cette part est largement en dessous de celles observées sur le département et au niveau national (35 %).

### UNE FORTE ACCESSIBILITE POTENTIELLE LOCALISEE (APL)

En 2018 et compte tenu de la structure par âge de la population, les habitants de Montpellier ont accès en moyenne à 5,4 consultations ou visites de médecins généralistes au cours de l'année. Cet indice est plus important que celui calculé pour l'ensemble des héraultais (4,8) et bien plus important également que pour l'ensemble des occitans (4,3) ou des métropolitains (3,9).

Accessibilité potentielle Localisée			
Montpellier	Hérault	Occitanie	France métropolitaine
5.4	4.8	4.3	3.9

### Indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL)

L'Accessibilité Potentielle Localisée est un indicateur local, disponible au niveau de chaque commune, qui tient compte de l'offre et de la demande issue des communes environnantes. Calculé à l'échelle communale, l'APL met en évidence des disparités d'offre de soins qu'un indicateur usuel de densité, calculé sur des mailles beaucoup plus larges (bassins de vie, départements...), aura tendance à masquer. L'APL tient également compte du niveau d'activité des professionnels en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune qui influence les besoins de soins. L'indicateur est calculé en nombre de consultations ou visites accessibles par habitant standardisé sur l'âge, rendant comparable l'accessibilité de communes ayant des populations d'âges très différents.

### Laboratoires et pharmacies

On compte 26 laboratoires et 100 pharmacies sur le territoire de la commune.

### Centres de santé

Il existe 8 centres de santé (lieu de soins qui réunit des professionnels de santé salariés dispensant principalement des soins de premier recours) sur la commune de Montpellier :

3 centres de santé orale et 5 centres de santé médicaux et paramédicaux, dont 2 centres de santé pluri-professionnels.

Un autre centre de santé pluri-professionnel est actuellement en projet, il devrait s'implanter sur le quartier Lemasson

<sup>49</sup> Eléments pour un diagnostic territorial CPTS - ARS Occitanie 2019

## Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP)

Les MSP sont un mode d'exercice professionnel collectif et coordonné créé en 2007, développé pour répondre au besoin des professionnels de santé de travailler ensemble et aux problématiques de santé actuelles : prise en charge des maladies chroniques, vieillissement de la population.

Il existe une Maison pluridisciplinaire de santé (Près d'Arène et Cévennes) et d'autres sont en projet.

## Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Elles constituent un outil structurant de l'exercice coordonné pour les acteurs et actrices de santé qui prennent la responsabilité de s'organiser eux-mêmes afin de proposer une offre de soins adaptée aux besoins de la population de leur territoire.

On dénombre 3 projets de CPTS sur Montpellier : Montpellier 1, Lez-Mosson et Montpellier Sud et Ouest.

### 6.6.3 Médecine spécialisée

La médecine spécialisée constitue une branche particulière de la pratique de la médecine qui consiste en plusieurs spécialités - par opposition à médecine générale.

On dénombre 1522 médecins spécialisés exerçant sur la commune de Montpellier en 2019.<sup>50</sup>

Spécialité	Nombre	Densité (pour 1000 habitants)	Spécialité	Nombre	Densité
Allergologie	2	1	Médecine du travail	50	18
Anatomie	23	8	Médecine d'urgence	1	0
Anesthésie-réanimation	169	60	Médecine interne	40	14
Biologie médicale	49	17	Médecine légale	2	1
Cardiologie	64	23	Médecine nucléaire	16	6
Chirurgie générale	36	13	Médecine physique	30	11
Chirurgie maxillo-faciale	9	3	Médecine vasculaire	1	0
Chirurgie orthopédique	38	13	Néphrologie	26	9
Chirurgie infantile	9	3	Neuro-chirurgie	16	6
Chirurgie plastique	20	7	Neurologie	41	15
Chirurgie thoracique	9	3	O.R.L	41	15
Chirurgie urologique	11	4	Oncologie option médicale	16	6
Chirurgie vasculaire	4	1	Ophthalmologie	39	14
Chirurgie viscérale	12	4	Pédiatrie	113	40
Dermatologie	48	17	Pneumologie	34	12
Endocrinologie	31	11	Psychiatrie	174	62
Génétique médicale (SM17)	9	3	Radiodiagnostic	104	37
Gériatrie (SM18)	16	6	Radiothérapie	13	5
Gynécologie médicale	22	8	Réanimation médicale	9	3
Gynécologie-obstétrique	57	20	Recherche médicale	0	0
Hématologie (SM21)	11	4	Rhumatologie	32	11
Gastro-entérologie	41	15	Santé publique	33	12
Maladies infectieuses	1	0			

<sup>50</sup> Eléments pour un diagnostic territorial CPTS - ARS Occitanie 2019

### Offre de soins sur les Quartiers Prioritaires

COMPAS - Diagnostic de la Politique de la Ville Montpellier Méditerranée Métropole 2021

En ce qui concerne l'offre de soins, le nombre de généralistes installés sur les QPV rapporté à la population des quartiers est inférieur à la moyenne de Montpellier Méditerranée Métropole : 0,8 médecin pour 1 000 habitants contre 1,4 médecins pour MMM.

Pour les autres types de praticiens (spécialistes, paramédicaux et professions de santé), il y a souvent une sous-représentation dans les QPV en comparaison avec la métropole.

La Complémentaire Santé Solidaire (CSS) a remplacé la Couverture Maladie Universelle - Complémentaire (Cmuc) et l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (Acs) le 1er novembre 2019.). Son objectif reste le même : aider les personnes aux ressources modestes dans leurs dépenses de santé. La CSS est reconduite automatiquement chaque année pour les allocataires du RSA et du minimum vieillesse (Aspa), contrairement à la CMUC. Les données disponibles en 2020 ne distinguent pas les 2 branches (non participative (ex CMUC) et participative (ex Acs)). Nous avons donc privilégié les données Cmuc qui vont nous permettre d'approcher le non recours.

Le taux de bénéficiaires de la CMUC est très important dans les QPV de Montpellier (33%) contre 16% à l'échelle de MMM. Il y a en outre une population potentiellement bénéficiaire qui n'a pas réalisé sa demande d'accès aux droits. Ce taux illustre l'importance de ce dispositif qui permet de garantir un accès aux soins pour les habitants les plus pauvres. L'accès à la Cmuc est environ un tiers plus bas que le seuil de pauvreté, donc ce sont les plus pauvres parmi les ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté qui en bénéficient.

Il faut noter que ce sont les enfants et les adolescents qui sont les plus fréquemment bénéficiaires de la Cmuc. Ce constat rejoint celui de nombreuses études nationales qui pointent la très forte proportion d'enfants pauvres en France. Ainsi, ce sont près d'un tiers des enfants des QPV qui sont bénéficiaires de la Cmuc.

Le travail de santé et d'accès aux soins mené par les médecins dans ces quartiers est essentiel. Il faut rapprocher ces 6 770 mineurs bénéficiaires de la Cmuc au sein des QPV de Montpellier avec les 9 190 mineurs vulnérables repérés par l'indice de fragilité présenté dans le chapitre précédent.

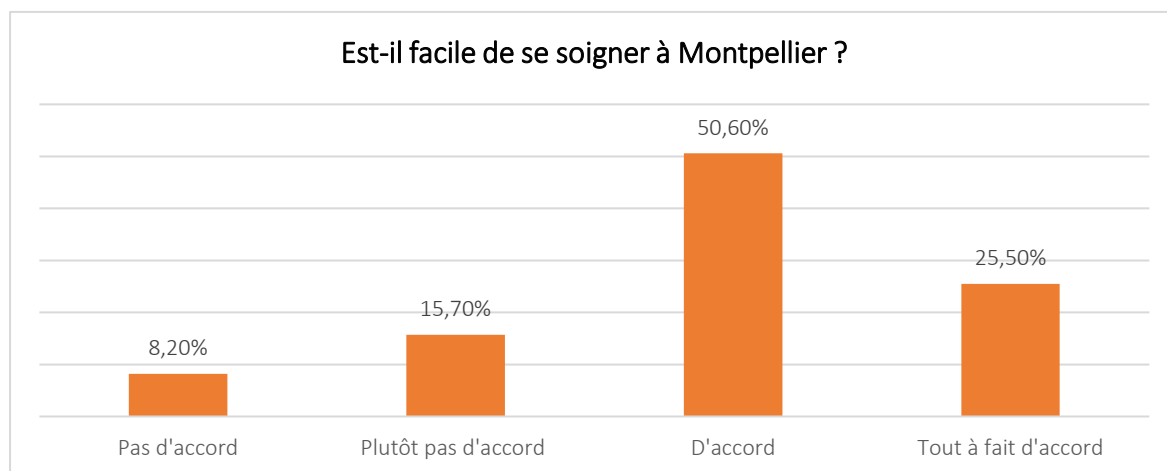
Il reste important pour les acteurs et actrices de relever le défi de l'accès aux droits d'une population très fragile. Celui de l'accès aux soins est particulier car il est lié aux approches culturelles des habitants.

Cette question de la santé prend aussi une réalité particulière dans les QPV au regard des autres territoires. Ainsi, dans les QPV, la part des moins de trois ans est plus importante que dans les autres territoires. Or, les besoins de soins et d'actions de prévention sont très importants pour cette tranche d'âge.

L'offre de soin ne s'adresse pas uniquement aux Montpelliérain·nes et aux habitant·es de la Métropole.

Les enjeux qui relèvent de l'accès aux soins (mobilité, accessibilité, etc.) peuvent être abordés sous un angle géographique plus large.

Toujours est-il que dans une grande majorité (76,1 %), les populations interrogées considèrent qu'il est facile de se faire soigner à Montpellier<sup>51</sup>.



<sup>51</sup> Consultation citoyenne – 2021

## 6.6.4 Structures d'accompagnement de situations complexes

### Situation complexe

Situation ou ensemble de circonstances, que subit une personne et qu'un-e professionnel-le ne peut pas gérer seul. Face à une situation dite « multifactorielle », cumulant des difficultés médicales, sociales, psychologiques et de précarité, une prise en compte globale par une équipe pluridisciplinaire peut être organisée. Le but est de proposer un plan d'aide cohérent et permettre ainsi une intervention coordonnée de professionnels pour une réponse adaptée à la situation et aux souhaits de la personne concernée.

### Réseaux de santé

Les réseaux de santé – d'abord appelés réseaux de soins - apparaissent au milieu des années 1980 de manière informelle. Ils sont portés par "quelques militant-es, professionnel-les de santé et/ou patient-es qui cherchent un moyen de faire face aux contraintes croissantes qui pèsent sur l'exercice médical et soignant : une demande qui évolue (apparition du SIDA, vieillissement et transition épidémiologique, reconnaissance du droit des patients, exigence d'information et de gestion des risques) et une offre de services de santé inadaptée (spécialisation croissante sans développement concomitant des processus de coordination, cloisonnement des services sanitaires et sociaux)"<sup>52</sup>.

Après une période d'expérimentation, ces regroupements pluridisciplinaires ont été inscrits en tant qu'acteurs et actrices du système de santé dans le Code de la Santé Publique, par l'article L6321-1 du 4 mars 2002.

Les missions des réseaux de santé les placent en lien avec l'ensemble des acteurs et actrices de leur territoire, en soutien aux professionnel-les du 1<sup>er</sup> recours, mais aussi des établissements hospitaliers ; ils jouent un rôle d'interface. "Les réseaux de santé contribuent au lien entre la ville et l'hôpital."<sup>53</sup>

Ils ont pour objet de coordonner les acteurs et actrices de santé autour d'un patient dont la situation est dite « complexe » afin de fluidifier son parcours de santé. Ils interviennent dans la prise en charge, sur le plan de l'éducation pour la santé, de la prévention, du diagnostic et des soins.

Dans le cadre de la loi Nouvelle organisation territoriale de la République, les réseaux territoriaux deviennent régionaux à partir de 2017. Seul les réseaux d'accompagnement des situations complexes d'adolescents sont restés départementaux.

Nom du réseau	Thématique/public	Missions
Résilado34	Adolescents en situation complexe	<ul style="list-style-type: none"><li>Appui et soutien aux acteurs et actrices qui accompagnent ces jeunes dont le parcours une intervention tierce</li><li>Animation d'un réseau des partenaires sur le département sur la question des adolescents en situation complexe</li></ul>
2PAO	Personne ayant une conduite addictive et aussi à son entourage	<ul style="list-style-type: none"><li>Mise en œuvre une collaboration formalisée entre des professionnels libéraux (médecins, pharmaciens, etc.), des structures spécialisées en addictologie, des établissements hospitaliers, et autres travailleurs sociaux, structures d'insertion, de prévention, associations d'usagers...</li></ul>
Onco Occitanie	Oncologie	<ul style="list-style-type: none"><li>Mise à disposition des professionnels de santé d'un cadre, une organisation et des outils communs pour harmoniser et améliorer les pratiques.</li><li>Couverture de toute action contribuant à l'amélioration de la qualité des soins et favorisant la diffusion de l'innovation et de la recherche, notamment à travers</li></ul>
Diabète Occitanie	Personnes adultes à risque de diabète ou diabétiques de type 1 ou de type 2	<ul style="list-style-type: none"><li>Amélioration de la prise en charge et la qualité de vie dans une perspective de réduction des inégalités.</li></ul>

<sup>52</sup> Magali ROBELET. Revue française des affaires sociales « La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles ». 2005 ; n°1. p. 328

<sup>53</sup> DGOS. Guide Méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? », Octobre 2012, p. 8

<b>COHEP</b>	Hépatite virale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Développement d'actions homogènes et concertées de lutte contre les hépatites virales : information, formation, prévention, dépistage, prise en charge et accompagnement, épidémiologie</li> </ul>
<b>COREVIH</b>	IST e VIH	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordination des acteurs une approche de santé sexuelle</li> <li>Participation à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients dans les domaines du soin, de la prévention et des dépistages</li> <li>Recueil et analyse l'ensemble des données épidémiologiques</li> <li>Apport d'expertise à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques nationales et régionales de la lutte contre les IST et le VIH et dans le domaine de la santé sexuelle</li> </ul>
<b>Pôle MND</b>	Maladies neuro-dégénératives	<ul style="list-style-type: none"> <li>Optimisation de la prise en charge de proximité des patients atteints de MND et le soutien pour leurs aidants en appui aux ressources territoriales.</li> </ul>
<b>Maladies Rares Méditerranée</b>	Maladie rares	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accompagnement des patients, écoute, orientation</li> <li>Coordination des acteurs et actrices et des situations</li> <li>Mise en place de formation</li> </ul>
<b>Air+R</b>	Maladie chronique à dominante respiratoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suivi du parcours de soin des patients à travers la mise en place d'un programme complet de réhabilitation.</li> <li>Facilitation de la coordination d'appui entre les acteurs et actrices intervenants dans le parcours de santé du patient (professionnels de santé, para-médicaux et médico-sociaux)</li> <li>Développement d'une aide à la pratique professionnelle et la fonction de structure d'appui pour les acteurs et actrices et établissements de santé et médico-sociaux.</li> </ul>
<b>Réseau de Périnatalité Occitanie</b>	Périnatalité, enfants vulnérables	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordination des professionnels de la périnatalité issue de tous les modes d'exercice (public, privé, libéral et PMI) autour d'actions d'organisation et de santé publique</li> <li>Coordination du suivi des enfants vulnérables, en assurant la cohérence et la qualité de ces prises en charge spécifiques ;</li> <li>Participation à la mise en place de réseaux pluridisciplinaires par territoire, adaptés au parcours de soin périnatal, en incitant la collaboration ville-hôpital.</li> <li>Coordination du dépistage des troubles de l'audition des nouveau-nés ainsi que les transferts entre établissements durant la grossesse et en postnatal (rapprochement mère/enfant) ;</li> <li>Elaboration et proposition aux professionnels de la périnatalité des plans de formation ;</li> <li>Gestion des agréments des échographistes et suivi qualité dans le cadre de la trisomie 21.</li> </ul>
<b>Cicat Occitanie</b>	Plaies et cicatrisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place de téléconsultation à destination des professionnels</li> <li>Organisation des formations destinées aux infirmiers en établissement (CH, Clinique, SSR, SSIAD, EHPAD, etc.)</li> <li>Mise à disposition d'informations à destination des professionnels</li> </ul>
<b>Occitadys</b>	Troubles des apprentissages, troubles DYS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promotion, encadrement et soutien des pratiques de tous les professionnels concernés par les troubles spécifiques du neurodéveloppement et des apprentissages</li> </ul>
<b>REIVOC</b>	IVG, contraception	<ul style="list-style-type: none"> <li>Favorisation de la prise en charge de l'IVG et de la Contraception en région Occitanie</li> </ul>

## MAIA

Le dispositif MAIA a été déployé en 2009, dans le cadre du 3e Plan Alzheimer (2008-2012) pour améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leurs aidants. Initialement, le sigle MAIA signifiait « maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer ».

En 2011, le dispositif MAIA a été revu et rebaptisé « Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'Autonomie ». Il s'adresse aujourd'hui à l'ensemble des personnes âgées de 60 ans et plus, et plus particulièrement celles atteintes d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Le dispositif MAIA a été mis en place pour mieux organiser les

ressources nombreuses mais fragmentées du territoire, à travers une intégration des différents services d'aide et de soins. Il s'agit donc pour tous les acteurs et actrices de l'accompagnement des aînés de mettre en commun leurs outils et moyens d'action, y compris l'information sur les usagers.

Le dispositif MAIA poursuit plusieurs objectifs liés à l'amélioration de la prise en charge :

- Favoriser le maintien de l'autonomie à domicile,
- Simplifier le parcours des personnes âgées,
- Renforcer la lisibilité du système d'aide et de soins,
- Fournir ainsi une solution complète, harmonisée et adaptée aux besoins et attentes des aînés.

Sur le territoire montpellierain la MAIA Est-Hérault a été créée le 1<sup>er</sup> avril 2013. Elle est portée par le Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, dont le siège est situé à l'Hôpital St-Eloi.

### Coordination territoriale d'appui (CTA)

Plateforme d'information et d'accompagnement des professionnels, des personnes âgées et de leurs aidants, la CTA offre un service de guichet unique pour les orienter vers les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire. Elle a pour objectif de favoriser l'information et l'orientation des professionnels, des personnes âgées et les échanges entre professionnels. Elle permet notamment l'appui au suivi des parcours personnalisés de soin, une offre téléphonique de réponse gériatrique aux professionnels, l'activation d'aides sociales et d'expertise gériatrique, l'aiguillage vers une offre d'éducation thérapeutique du patient (ETP), etc.

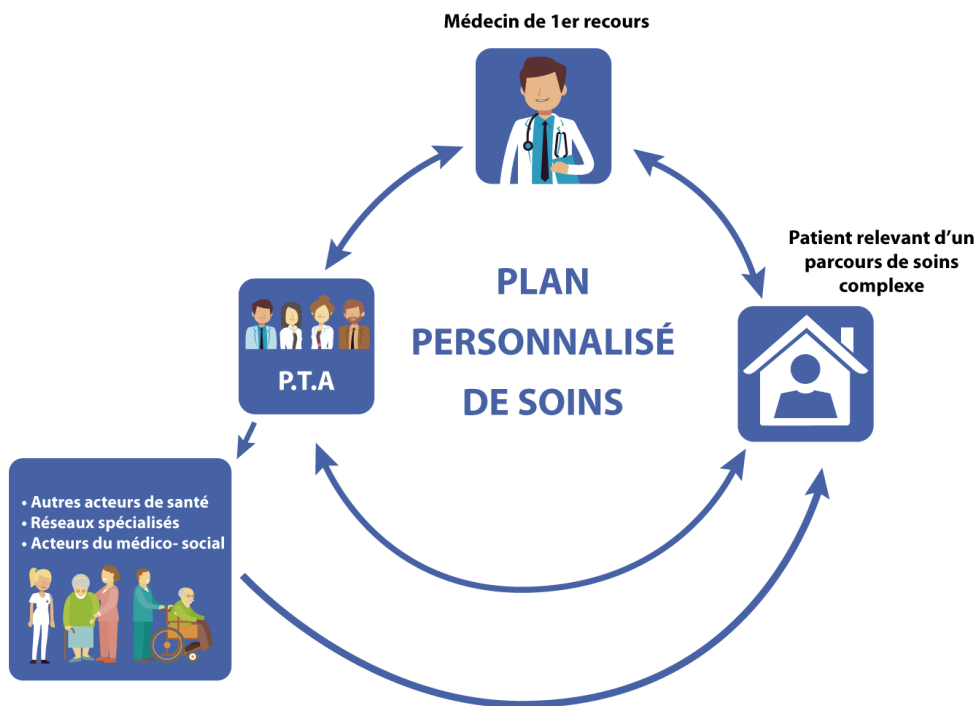
Elle intervient en appui pour faciliter les liens entre professionnels du territoire dans les secteurs sanitaire, médico-social et social. La CTA héraultaise est portée par le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA)

### Plateformes Territoriales d'Appui (PTA)

Les professionnels de santé - en particulier les médecins traitants - sont de plus en plus souvent confrontés à des patients présentant plusieurs pathologies, elles-mêmes parfois associées à des problèmes sociaux, psychosociaux ou économiques. Pour organiser ces fonctions d'appui dans les territoires, les agences régionales de santé ont pu mettre en place des plateformes territoriales d'appui (PTA), en s'appuyant sur les initiatives des professionnels, notamment ceux de ville et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en vue du maintien à domicile.

L'objectif est d'apporter un soutien pour la prise en charge des situations complexes, sans distinction ni d'âge ni de pathologie, à travers 3 types de services :

- L'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales de leurs territoires
- L'appui à l'organisation des parcours complexes
- Le soutien aux pratiques et aux initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination



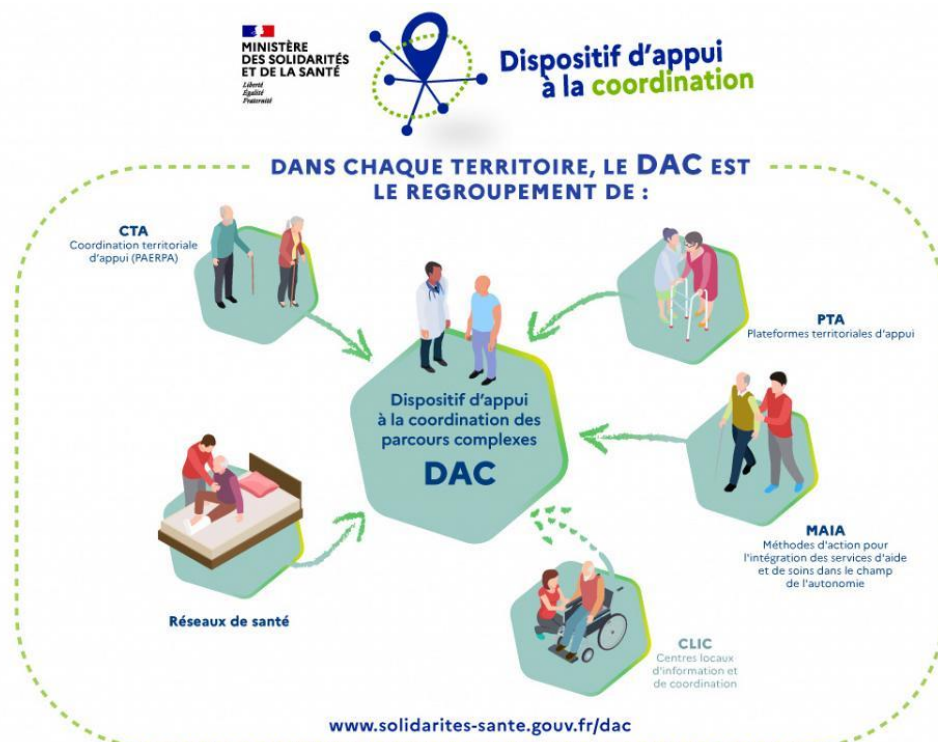
La Plateforme Territoriale d'appui de l'Hérault, PTA 34, est née d'un travail de concertation entre des professionnels du secteur libéral, des réseaux territoriaux et régionaux, des URPS, des équipes relais, des CPTS et des MAIA.

### Dispositif local d'accompagnement (DAC)

Au sein d'un même territoire, plusieurs dispositifs peuvent venir en appui des parcours de santé de la population sur des problématiques différentes, rendant leur intervention peu lisible. C'est le cas des réseaux de santé, des MAIA, des plateformes territoriales d'appui (PTA) et des coordinations territoriales d'appui (CTA).

C'est pourquoi ces dispositifs sont progressivement amenés à s'unifier en un dispositif unique, qui répond à tout professionnel quels que soient la pathologie ou l'âge de la personne qu'ils accompagnent : le dispositif d'appui à la coordination (DAC).

Dans l'Hérault, la DAC est en cours d'élaboration.

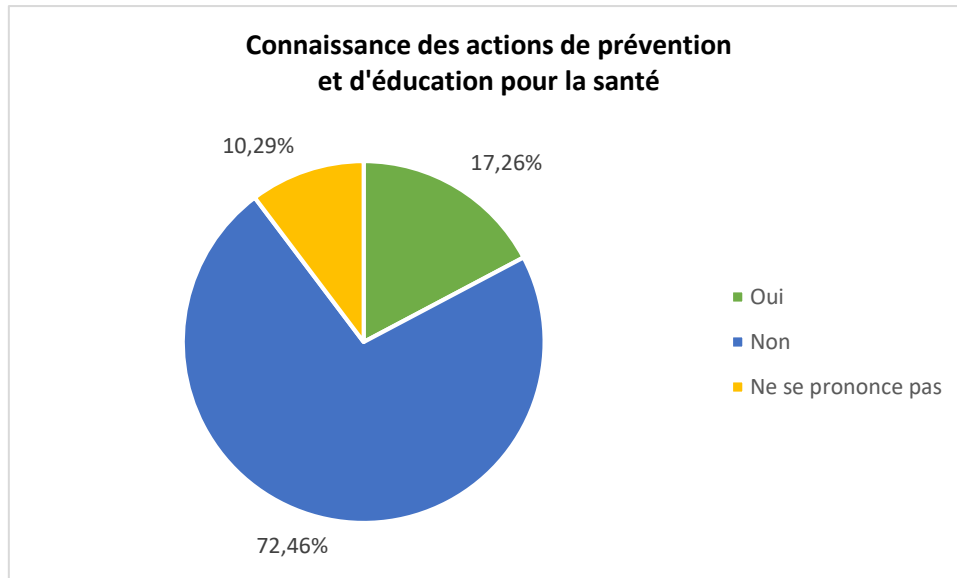




## 6.7 Accès à la prévention et aux actions de promotion de la santé

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la prévention en 1948 comme : "l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps".

Si 62 % des professionnel·les consulté·es lors de la conduite du diagnostic, considèrent que les publics qu'ils accompagnent ont accès à des actions de prévention et/ou d'éducation pour la santé, 72,46 % des habitant·es ayant participé à la consultation citoyenne déclarent ne pas connaître les actions de prévention et/ou d'éducation pour la santé mises en place sur le territoire de la Ville<sup>54</sup>.



Selon le glossaire de la Banque de Données en Santé Publique (BDSP), la prévention est « l'ensemble des actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à imiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementales, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé ».

### UN RECOURS A LA PREVENTION A AMELIORER<sup>55</sup>

	MONTPELLIER		HÉRAULT	FRANCE
	Effectif	Taux	Taux	Taux
Vaccination antigrippale remboursée - 1	28 169	62.6	62.7	62.3
Dépistage du cancer du sein - 2	20 985	58.2	60.3	61.6
Dépistage du cancer coloréctal - 3	11 544	21.4	23.6	28.4
Dépistage du cancer du col de l'utérus - 4	32 850	42.1	49.1	50.5
Bilan bucco-dentaire 5-16 ans -5	9 473	72.1	73.9	70

1-Rapport entre la population consommante des 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière et la population de plus de 65 ans  
 2-Rapport entre la part des femmes de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) et le nombre de femmes entre 50 et 74 ans  
 3-Rapport entre la part des patients consommants de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du CCR a été réalisé au cours des 2 dernières années.  
 4-Rapport entre la part des femmes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années et le nombre de femmes entre 25 et 65 ans.  
 5-Rapport entre le nombre d'enfants de moins de 16 ans ayant eu au moins un acte dentaire dans les 18 mois et le nombre d'enfants de moins de 16 ans

En 2020, 28 169 personnes âgées, soit 62,6 % des personnes âgées concernées de Montpellier ont bénéficié de la vaccination antigrippale, pratique aussi fréquente que pour les personnes âgées du département (62,7 %) et de France (62,3 %).

En 2020, 20 985 habitantes du territoire ont effectué une mammographie dans le cadre d'une campagne organisée ou d'une démarche individuelle, soit 58,2 % des femmes concernées âgées de 50-74 ans. Ce taux est légèrement plus faible que ceux

<sup>54</sup> Consultation citoyenne – 2021

<sup>55</sup> Rezone CPTS - Assurance Maladie 2021

observés dans le département (60,3 %) ou en France (61,6 %). Bien que relativement élevé, ce taux de couverture est loin de l'objectif de 80 % de femmes dépistée.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus repose sur un frottis effectué tous les trois ans entre 25 et 64 ans. Entre 2017 et 2020, 32 850 femmes âgées de 25 à 64 ans ont bénéficié de ce dépistage, soit 42,1 % de la population cible ; cette part est en deçà de celles observées dans le département (49,1 %) et en France (50,5 %).

Sur le territoire, 72,1 % des jeunes de moins de 16 ans ont bénéficié d'un bilan bucco-dentaire entre 2019 et 2020 ; cette part, est légèrement en deçà de celle observée pour les enfants du département (73,9 %) mais légèrement supérieure à celle observée en France métropolitaine (70 %).

De nombreux programmes et dispositifs viennent soutenir le recours à la prévention en sensibilisant les populations concernées ou en proposant des actions de dépistage de proximité. On peut citer par exemple (liste non exhaustive) :

- Mois sans tabac
- P2P "Agir par les pairs »
- "Change le programme"
- Dépistage infirmier dans les services d'urgence (MST, IST)
- Mars Bleu (cancer colorectal)
- Octobre rose (cancer du sein)
- "Grand défi Vivez Bougez"
- Un chez-soi d'abord "Housing first"
- Vigilans (prévention suicide)
- Mammobile
- Vaccibu

La prévention universelle est destinée à l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé. Font donc partie intégrante de cette acceptation de la prévention les champs dits de l'éducation pour la santé, qui contribuent notamment à l'adoption de comportements favorables à la santé.

La prévention sélective s'exerce en direction de sous-groupe de population spécifiques.

La prévention ciblée est non seulement fonction de sous-groupes de la population mais aussi et surtout fonction de l'existence de facteurs de risque spécifiques à cette partie bien identifiée de la population.

#### LES ACTEURS ET ACTRICES MONTPELLIERAINS DE LA PREVENTION UNIVERSELLE SONT EXTREMEMENT NOMBREUX ET DIVERS

Ils s'inscrivent dans des dispositifs de santé publique et interviennent en partenariat avec un certain nombre d'établissements publics et de collectivités locales comme :

L'Éducation Nationale, les universités de Montpellier, l'Agence Régionale de Santé Occitanie, La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Hérault, la Caisse d'Allocation Familiale de l'Hérault, la Région Occitanie ou encore la Ville de Montpellier.

Il est important de préciser que les établissements publics et les collectivités locales citées plus haut développent et mettent en œuvre leurs propres actions également.

#### 68 PROGRAMMES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT QUI MÉRITERAIENT UNE MEILLEURE LISIBILITÉ

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

L'Unité Transversale d'Éducation pour le Patient (UTEP) du CHU de Montpellier est l'une des unités les plus anciennes de France. L'UTEP est un appui à la construction et au suivi de programmes d'ETP : accompagner les équipes dans la construction de leurs compétences en matière d'éducation du patient, aide méthodologique selon les exigences réglementaires (construction et évaluations annuelles et quadriennales des programmes en ETP).

Il existe plus 66 programmes d'ETP par pathologie ciblée, 2 programmes ETP pour les polyopathologies et 8 nouveaux programmes sont actuellement en cours d'élaboration

### La réduction des risques et des dommages

*Haute Autorité de Santé (HAS)*

La consommation de produits psychoactifs (alcool, tabac, drogues) comporte des risques sanitaires et peut provoquer des dommages sociaux. La réduction des risques et des dommages (RDRD), sans nier le caractère illicite de certains usages, permet de considérer l'addiction comme une maladie chronique. Elle s'adresse également aux personnes non dépendantes dont les pratiques s'avèrent particulièrement dangereuses. Elle reconnaît que l'arrêt de la consommation n'est pas possible pour certaines personnes, à certains moments de leur trajectoire, et qu'il faut alors mobiliser des leviers pragmatiques et adaptés pour améliorer leur qualité de vie.

L'ensemble des cinq thématiques abordées dans cette partie du document seront présentées de la façon suivante :

- Rappel des éléments de définition afin de permettre de cadrer le thème,
- Présentation des enjeux globaux issus de documents divers (rapports, diagnostics, études, etc.) afin de permettre de mieux appréhender le contexte et de « mettre en miroir » les problématiques locales,
- Présentation des problématiques spécifiques au territoire de Montpellier identifiées et explicitées par :
  - Les résultats de l'enquête menée auprès des acteurs et actrices du territoire (en annexe),
  - Les points de vue exprimés par les habitant·es lors de la consultation citoyenne (en annexe),
  - Les points de vue exprimés par les acteurs et actrices avec lequel·les nous nous sommes entretenus,
  - Les données locales.
- Présentation des propositions d'actions produites lors des réunions de concertation, complétées par celles que les montpelliérain·es ont exprimé lors de la consultation citoyenne.

### 7.1 Offre de soins de premiers recours

#### 7.1.1 Éléments de définition

##### Dépistage, diagnostic, traitement et suivi (1<sup>er</sup> recours)

"Les soins de premier recours comprennent en outre : le dépistage, le diagnostic, le traitement des maladies et le suivi des patients ; la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que le conseil pharmaceutique ; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social."<sup>56</sup>

#### Les modes d'exercice coordonné des soins de premier recours

<https://solidarites-sante.gouv.fr>

- **Centre de santé :**

Lieu de soins qui réunit des professionnels de santé salariés dispensant principalement des soins de premier recours, exerçant souvent en secteur 1 et pratiquant le tiers payant. Les centres de santé sont gérés par des municipalités, des associations, des assureurs de la santé (Assurance maladie ou mutuelles) ou des établissements de santé. Certains centres de santé consacrent leur activité aux soins dentaires, d'autres aux soins infirmiers ou médicaux, d'autres encore sont polyvalents. Ces derniers proposent souvent des soins de spécialités. Les soignants sont unis par un projet de santé incluant des dispositions pour l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.

- **Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) :**

Regroupement de plusieurs professionnels de santé libéraux de premier recours (médecins généralistes, infirmières, pharmaciens, kinésithérapeutes, dentistes, orthophonistes, psychologues, podologues, diététiciens ...) et éventuellement de travailleurs sociaux. Au minimum deux généralistes et un autre professionnel de santé doivent être présents dans l'équipe. Les soignants sont unis par une charte, un projet et des objectifs opérationnels concernant la santé des patients. Ils peuvent exercer ou non dans les mêmes murs. Le plus souvent les professionnels sont regroupés dans une société interprofessionnelle de soins ambulatoire (SISA). Les ARS certifient les critères d'élection aux financements des MSP (il ne s'agit pas d'une labellisation à proprement parler) via une rémunération forfaitaire en plus des activités à l'acte de l'Assurance Maladie.

<sup>56</sup> IREPS ORS Pays de la Loire

- **Maison médicale de garde (MMG) :**

Structure qui assure la mission de permanence des soins aux heures de fermeture des cabinets médicaux, soit réglementairement de 20 h à 8 h et les samedis et dimanches, soit à d'autres horaires définis par des accords locaux.

Maison médicale :

Lieu d'exercice qui regroupe plusieurs professionnels de santé, du premier ou du second recours (généralistes, spécialistes, autres professionnels de santé) dans les mêmes murs. Cette appellation ne présume ni du type de professionnel y exerçant, ni de la mise en commun d'objectifs ou de moyens.

- **Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)**

Elles regroupent les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes.

Organisation des soins non programmés, coordination ville-hôpital, attractivité médicale du territoire, coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile... Les CPTS sont conçues pour aider les professionnels de santé à mieux structurer leurs relations et mieux se coordonner.

Le bénéfice attendu est aussi une plus grande fluidité des parcours de santé pour le patient.

## 7.1.2 Enjeux globaux<sup>57</sup>

### UN BESOIN DE SOINS EN HAUSSE

On note un accroissement général de la population, de son vieillissement, de l'augmentation des maladies chroniques mais aussi de la place croissante que doivent prendre les soins de ville dans notre système de soins pour que puisse être pris le virage ambulatoire préconisé par les puissances publiques.

### UNE OFFRE DE SOINS LIBERALE EN DIMINUTION

Bien que le nombre total de médecins augmente en France (toutes spécialités et tous modes d'exercice confondus), l'effectif des médecins généralistes libéraux (pivots du premier recours) diminue chaque année (changement des modes de vie, de l'appétence des nouvelles générations pour des modes d'exercice mixtes, collectifs).

D'une façon globale, l'offre de soin libérale baisse « naturellement » car la population augmente plus vite que le nombre de professionnels.

### UNE REPARTITION TERRITORIALE INEGALE DE L'OFFRE DE SOINS LIBERALE

L'enjeu de la mesure des niveaux d'accessibilité aux soins de premier recours pour délimiter les zonages déficitaires

Aujourd'hui, le découpage des zones déficitaires en médecins généralistes repose en partie sur l'Accessibilité potentielle localisée (APL).

### LA RESORPTION DES DESERTS MEDICAUX : UN INVESTISSEMENT FORT DES POUVOIRS PUBLICS

Les efforts de l'État (dans ses différentes composantes), de l'Assurance maladie et des collectivités territoriales visent à la fois à augmenter le nombre de médecins libéraux en exercice et à attirer ces professionnels vers les zones en tension.

---

<sup>57</sup> <https://www.em-consulte.com> ; <https://www.ors-idf.org> ; <https://www.avise.org> ; <https://www.villes-sante.com> ; <https://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr>

## Le Contrat Local de Santé

<https://solidarites-sante.gouv.fr>

Le CLS est l'instrument de la consolidation du partenariat local sur les questions de santé, dans le cadre de la nouvelle organisation issue de la loi, caractérisée par un pilotage unifié de ses différentes composantes :

- Prévention et promotion de la santé, dont des actions sur les déterminants de santé
- Les problématiques de santé-environnement et de santé au travail
- Soins ambulatoires et hospitaliers
- Accompagnement médico-social

Au besoin veille et sécurité sanitaire

Le CLS a pour objectif de soutenir des dynamiques locales de santé sur des territoires de proximité urbains ou ruraux qui constituent des territoires de santé de proximité.

Il incarne une dimension intersectorielle de la politique régionale de santé dans le but de favoriser :

- L'amélioration des contextes environnementaux et sociaux qui déterminent, à plus ou moins long terme, l'état de santé des populations au niveau local (problèmes de pollution spécifiques, enclavement en matière de transport, etc.)
- L'accès des personnes, notamment « démunies », aux soins, aux services, et à la prévention
- La promotion et le respect des droits des usagers du système de santé

## URPS

*ARS Occitanie*

Les unions régionales des professionnels de santé (URPS) rassemblent, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral sous le régime des conventions nationales avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Les URPS contribuent à l'organisation de l'offre de santé régionale. Elles participent entre autre :

- A la préparation et à la mise en œuvre du projet régional de santé
- A l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins, en vue notamment de l'élaboration du schéma régional d'organisation des soins
- A l'organisation de l'exercice professionnel, notamment en ce qui concerne la permanence des soins, la continuité des soins et les nouveaux modes d'exercice

Il existe une URPS pour les médecins généralistes, médecins spécialistes, pharmaciens, infirmiers, chirurgiens-dentistes, orthophonistes et masseurs-kinésithérapeutes.

### 7.1.3 Problématiques locales exprimées par les acteurs dans le cadre du diagnostic <sup>58</sup>

Selon les questionnaires renseignés par les professionnel·les, acteurs et actrices concernés, deux problématiques ressortent :

- Promouvoir la santé et lutter contre les inégalités de santé sur les territoires en intervenant sur tous les déterminants de la santé (habitat, mobilité, qualité de l'air, vie sociale...) et en articulant les différentes politiques entre elles.
- Accompagner l'organisation de l'offre de soins de premier recours répond à une demande et constitue un axe de la politique de promotion de la santé.

Il s'agit de se préoccuper d'une composante de base de l'accès aux soins : la présence de professionnel·les de santé sur le territoire ainsi que le lien avec et entre ces acteurs et actrices ; et d'envisager cette question de façon prospective en tenant compte des besoins de soins présents et à venir de la population (vieillesse des habitants, croissance des maladies chroniques, etc.).

Pour permettre l'accès de tous et toutes aux soins, ce travail doit être complété par des actions sur les autres freins à l'accès aux soins (culturels, péculinaires, accès aux droits...) et prévoir la participation des habitants à la démarche. Il doit intégrer une réflexion sur l'articulation entre l'offre libérale de soins, l'offre des établissements ou structures de santé (hôpital, centre de santé, PMI...) et les acteurs et actrices locaux (notamment sociaux).

Si la Ville de Montpellier semble a priori moins touchée par les enjeux liés à la démographie médicale, elle sera tout de même impactée par la « crise nationale majeure à venir », notamment en lien avec les « déserts médicaux » qui se développent « aux portes de la ville »<sup>59</sup>.

Cette crise se révèle notamment à travers l'encombrement des services d'urgence, les défauts de prise en charge ou encore les difficultés d'accès aux soins qui est considéré par les populations comme un des quatre éléments qui contribuent à un meilleur état de santé et bien-être.

#### Rappel des données montpelliéraines

*Rezone CPTS 2021*

Une offre de soins de premier recours très satisfaisante sur la commune de Montpellier

- 389 médecins généralistes, 258 chirurgiens-dentistes, 453 infirmiers et 799 masseurs-kinésithérapeutes
- 5.4 consultations ou visites de médecins généralistes en moyenne par an et par habitant (APL)
- 1.3 médecins généraliste pour 1000 habitants.
- 8 centres de santé
- 3 CPTS en projet
- 2 MSP (dont une en projet)

#### Accès aux soins

Les professionnel·les, acteurs et actrices concerné·es sont partagé·es sur la question de l'accès aux soins. En effet, 48 % d'entre eux et elles considèrent que l'accès est satisfaisant sur la commune de Montpellier et 41.9 % le jugent insatisfaisant.

Si les populations interrogées considèrent à 74.5 % qu'il est facile de se faire soigner à Montpellier, 67.6 % déclarent avoir renoncé aux soins sur les 12 derniers mois.

Pour les habitants, les principaux freins à l'accès aux soins sont les délais de rendez-vous (54.8 %) et les difficultés financières (problème de remboursement : 27.8 %). Ont également été évoqué le manque de temps ou des horaires inadaptés en lien avec leurs contraintes professionnelles et familiales. La pandémie a elle aussi été un facteur de non recours.

Du point de vue des professionnel·les, les trois principaux freins à l'accès aux soins des publics qu'ils et elles accompagnent relèvent de la méconnaissance (ne sait pas à qui s'adresser 48,5 %), des difficultés d'accès aux outils numériques (43,3 %) et de problème dans la prise de rendez-vous (42,5 %).

<sup>58</sup> Résultats de l'enquête menée auprès des acteurs et actrices concernés – 2021  
Entretiens individuels - 2021  
Consultation citoyenne – 2021

<sup>59</sup> Entretiens individuels – 2021

Dans une très large majorité, ce sont les personnes en situation de précarité qui ont le plus de difficultés à accéder aux soins (71.7 % selon les personnes interrogées). Viennent ensuite les personnes souffrant de problème de santé mentale (53.4 %), les personnes migrantes (42.8 %), les sans-abris, les personnes en situation de handicap, les étudiants, et les personnes âgées. Cela s'explique par un manque d'accompagnement et d'orientation.

### Problématiques et besoins

Plusieurs professionnel·les ont évoqué l'évolution des besoins des populations. Ces besoins ne relèvent plus seulement du sanitaire, les difficultés sociales explosent pour certains publics.

Les réponses purement sanitaires n'apportent pas les réponses nécessaires et certains professionnels préconisent la mise en place de réponses plurielles pour agir sur les déterminants de santé.

### Prévention et le repérage

Les professionnel·les interrogé·es considèrent que la prévention a un impact important sur l'offre de soins.

En effet, développée à grande échelle, la prévention permet de repérer, dépister, d'orienter de façon ciblée et par conséquent de désengorger le soin. Un·e professionnel·le de santé interrogé·e précise : « Nous avons des atouts majeurs à Montpellier. De l'expérience, des outils, nous réunissons toutes les conditions pour devenir la cité de la prévention ».

## 7.1.4 Pistes de réflexion et propositions<sup>60</sup>

Les professionnel·les, acteurs et actrices concerné·es ont identifié 5 domaines relevant de l'offre de soins de premier recours dans lesquels ils proposent d'agir.

Domaines prioritaires	Propositions
<b>Repérage et prévention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proposer du repérage par tous les moyens existants</li> <li>• Développer la prévention pour désengorger le soin</li> <li>• Mettre en place de grandes campagnes de dépistage thématiques sur la ville (multi partenariales)</li> </ul>
<b>Accès aux soins, accès aux droits pour tous</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travailler en proximité, au plus près des lieux de vie</li> <li>• Développer l'aller vers ! (Médiation, information, orientation) notamment auprès les publics fragiles</li> <li>• Créer et diffuser un guide d'accès aux droits (numériques et autre)</li> <li>• Mettre en place des campagnes de communication grand public mais aussi à destination des professionnels</li> <li>• Multiplier les médiateurs pour faire le lien entre médical, médico-social et social</li> </ul>
<b>Offre et qualité du soin</b>	<p>Favoriser la coordination et l'articulation des acteurs et actrices</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Travailler en équipe coordonnée</li> <li>• Multiplier les postes de médiateurs pour faire le lien entre médical, médico-social et social</li> <li>• Améliorer l'organisation des soins d'urgence</li> <li>• Améliorer le lien ville - hôpital</li> <li>• Travailler étroitement avec les CPTS (rencontres thématiques, etc.)</li> <li>• Cartographier l'offre de soins locale</li> <li>• Développer le cofinancement pour soutenir des projets transversaux multithématiques</li> </ul> <p>Informers, former et outiller les professionnel·les</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Outiller les professionnel·les de santé (formations, spécialisation, outils pédagogiques, médiation, etc.)</li> <li>• Mettre en place des rencontres thématiques</li> <li>• Elaborer un catalogue de formations spécifiques au territoire</li> <li>• Soutenir l'observance thérapeutique comme mode d'action des acteurs et actrices (financement notamment)</li> <li>• Observer et partager les expérimentations (locales, nationales, internationales)</li> </ul> <p>Développer une offre de proximité tenant compte des besoins et de la situation des publics</p>

<sup>60</sup> Consultation citoyenne – 2021  
Réunions de concertation – 2021

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer la répartition et l'accessibilité des consultations de garde</li> <li>• Développer une offre de soin de proximité (avec l'existant ou en développant d'autres formes alternatives) pour les publics fragiles</li> <li>• Développer une offre de soins coordonnée de proximité (CPTS, MSP, CDS, MPT, Unités mobiles)</li> </ul>
<b>Parcours de soins</b>	<p>Améliorer le parcours de soin :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordonner les différentes interventions des professionnel·les</li> <li>• Soutenir des parcours de soins pluridisciplinaires</li> <li>• Multiplier les médiateurs et médiatrices pour faire le lien entre médical, médico-social et social</li> <li>• Mettre en place des accompagnateurs et accompagnatrices de parcours de soins</li> <li>• Faciliter et généraliser l'utilisation du Dossier Médical Partagé (DMP)</li> </ul> <p>Lutter contre les ruptures des soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégrer l'éducation thérapeutique du et de la patient·e au parcours de chaque malade</li> <li>• Organiser le suivi et généraliser les rappels</li> </ul>
<b>Numérique en santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place des ateliers de médiation numérique</li> <li>• Accompagner les publics, leur fournir des interlocuteurs</li> <li>• Développer la e-santé sans augmenter les inégalités</li> <li>• Co-construire des outils numériques avec les utilisateurs et les pouvoirs publics pour faciliter la coordination des parcours (IA, annuaires, etc.)</li> </ul>

Les citoyens ont également proposé des pistes d'action lors de la consultation citoyenne.

En effet, parmi les 162 propositions exprimées pour améliorer l'état de santé des montpelliérain·es, nombreuses sont celles visant à favoriser financièrement et géographiquement un accès aux soins :

- Développer et étoffer l'offre de soins de proximité (premier recours et spécialistes)
- Faciliter l'accès aux établissements hospitaliers (meilleure desserte, gratuité des parkings)
- Développer des espaces de consultations médicales dématérialisées
- Développer des consultations les soirs et les week-ends
- Faciliter l'accès aux espaces de soutien psychologique
- Diminuer les délais d'attente pour un rendez-vous médical
- Mettre en place une mutuelle communale
- Limiter les dépassements d'honoraire
- Ne pas avoir à avancer les frais de santé
- Prise en compte des situations de chacun par les professionnels de santé.

## 7.2 Santé mentale

### 7.2.1 Eléments de définition

“La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté.” (source : OMS)

“Chaque personne est en permanence à la recherche d'un équilibre entre les ressources qu'elle peut mobiliser pour se sentir bien, et les obstacles qu'elle rencontre dans son existence. Son état varie du bien-être au mal-être, et vice-versa. Cela, tout au long de la vie.” (source : Psycom).

### 7.2.2 Enjeux globaux<sup>61</sup>

#### LES INDICATEURS FRANÇAIS CONCERNANT L'ETAT DE SANTE MENTALE DE LA POPULATION SONT PREOCCUPANTS

Haut taux de recours à l'hospitalisation complète, espérance de vie réduite des personnes vivant avec une maladie psychique, retards de diagnostic, faible taux d'insertion des personnes handicapées psychiques sont pointés par l'OCDE.

<sup>61</sup> <https://www.paca.ars.sante.fr> ; <https://www.santepubliquefrance.fr> ; <http://clsm-ccoms.org> ;



Les troubles psychiques sont classés au premier rang des maladies en termes de dépenses de soins, avant les cancers et les maladies cardio-vasculaires. Selon l’OMS, 1 Européen sur 4 est touché par des troubles psychiques au cours de sa vie. En France, on estime que 15 % des 10-20 ans (1.5 millions) ont besoin de suivi ou de soins.

7.5 % des Français âgés de 15 à 85 ans ont souffert de dépression au cours des 12 derniers mois. 8 948 décès par suicide ont été enregistrés en 2015 en France Métropolitaine (soit 25 par jour contre 9 pour les accidents de la route).

La France présente un des taux de suicide les plus élevés parmi les pays de l’Union Européenne.

#### **SELON LE MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, 9 THEMATIQUES SONT JUGEES PRIORITAIRES**

- La santé mentale des enfants et des jeunes ;
- La prévention et la détection des troubles psychiques
- La prévention et la prise en charge du suicide, notamment chez les personnes âgées ;
- La santé mentale et les maladies somatiques ;
- Les nouvelles souffrances et nouvelles maladies ;
- La psychiatrie et la psychologie face à la crise sanitaire et économique ;
- La recherche en psychiatrie et en santé mentale ;
- La santé mentale des personnes âgées et des populations spécifiques
- Les addictions.

#### **L’ARTICULATION ENTRE LA PSYCHIATRIE ET LE PREMIER RECOURS EST UN VRAI ENJEU**

Cette articulation constitue un enjeu majeur pour l’accès aux soins, la fluidité et la continuité de la prise en charge des patient-es. Pourtant un certain nombre de retours de terrain ou d’évaluations objectivent encore des insatisfactions réciproques et des défauts de collaboration, que patient-es et familles ne manquent pas de souligner.

Ce partenariat entre la psychiatrie de secteur et la médecine de ville sera à l’évidence un axe incontournable des futurs projets territoriaux de santé mentale. Les établissements de santé devront sans doute promouvoir de nouvelles organisations et des dispositifs collaboratifs pour mieux anticiper, mettre en œuvre et sécuriser les parcours des patients.

#### **Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)**

*<https://solidarites-sante.gouv.fr>*

Fondé sur un diagnostic partagé, qui est un état des lieux des ressources pointant les insuffisances et des préconisations pour y remédier. Le PTSM inclut l’ensemble des acteurs et actrices des champs sanitaire, social et médico-social et incluant les représentant-es des usagers, des politiques de la ville, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé mentale. Le PTSM tient compte des spécificités du territoire, de l’offre de soins et de services. Il précise les modalités d’accès aux soins et accompagnement, aux techniques de soins et d’accompagnement les plus actuelles quel que soit les troubles psychiques concernés-

#### **LA POLITIQUE DE SANTE MENTALE EST CONÇUE COMME UNE ACTION GLOBALE**

La politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale où tous les acteurs et actrices sont associés (y compris ceux du logement, de l’hébergement et de l’insertion).

#### **Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)**

*<https://solidarites-sante.gouv.fr>*

Le CLSM est une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d’un territoire, les services de psychiatrie, les usagers et les acteurs et actrices locaux de tous champs (médico-social, éducatif, insertion, logement, etc.) pour la définition en commun des politiques locales et des actions à entreprendre pour l’amélioration de la santé mentale de la population concernée.

Le CLSM peut s’appuyer sur un Contrat Local de Santé.

## 7.2.3 Problématiques locales exprimées par les acteurs dans le cadre du diagnostic <sup>62</sup>

### Rappel des données montpelliéraines

#### Offre d'éducation, de prévention, de soin et de suivi

##### Offre de prévention, repérage et diagnostic

- 1 Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (C.A.M.S.P.) au CHU
- 1 CMPP
- MAIA Est-Héraultaise
- De nombreuses structures complètent cette offre (UNAFAM, ENIPSE, Le Refuge, l'Amicale du Nid, Centre Frantz Fanon, Médecin du Monde, la Cimade, Cesame Migrations santé, Via Voltaire, CODES 34, le Planning Familial, Génération Médiateur, SOS Homophobie, le CIDFF etc.)

##### Offre de soins et de suivis

- 136 orthophonistes, 152 psychologues, 52 ergothérapeutes, 26 psychomotriciens.
- 174 psychiatres
- 5 hôpitaux de jour
- 2 cliniques spécialisées en psychiatrie (La Lironde et Rech) sur le territoire de la Métropole
- Un service d'urgence psychiatrique au CHU de Montpellier.
- 1 unité de post urgence psychiatrique

##### Etablissements sociaux et médico-sociaux

- Personnes âgées - 20 EHPAD (1 596 places)
- Personnes handicapées – 5 IME (332 places), 3 ITEP (229 places), 3 MAS (103 places), 4 FAM (103 places), 2 EAM (102 places), 5 ESAT (284 places), 10 SESSAD (519), 4 S.A.M.S.A.H. (81 places), 3 MECCS (97 places), 6 SAVS (344 places)

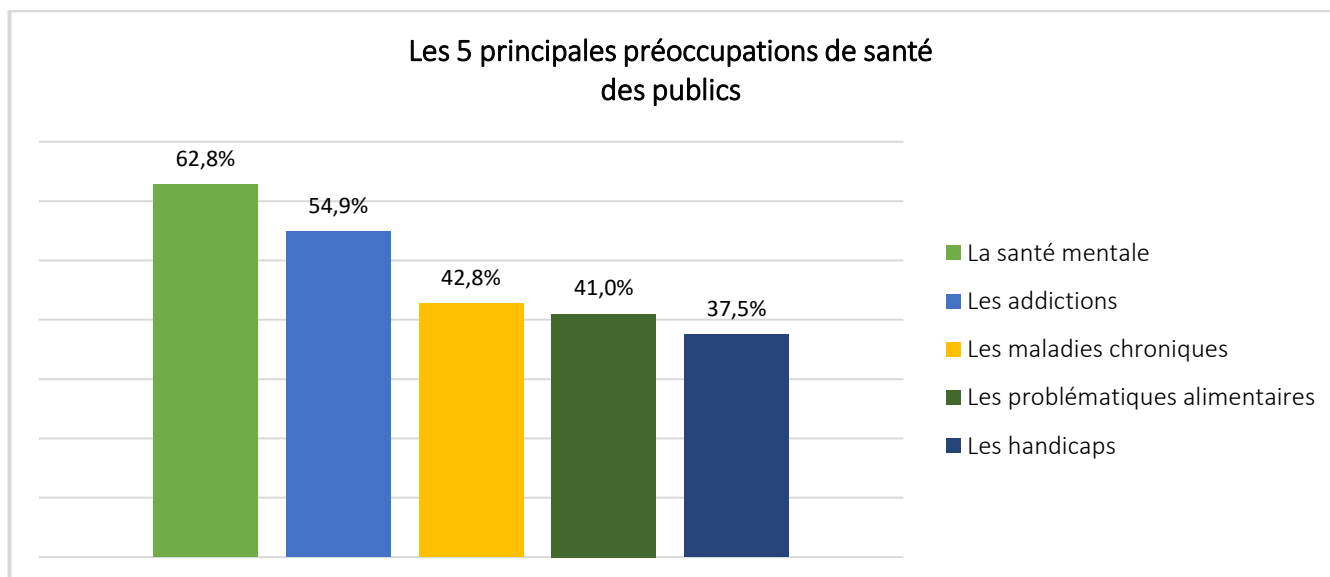
#### Déterminants sociaux et l'état de santé

- 20,7 % de chômeurs et chomeuses parmi la population active
- 27 % des habitant-es de Montpellier vivent sous le seuil de pauvreté
- 19,6 % de bénéficiaires de la CSS (ex CMUc)
  
- 13 368 personnes bénéficiaires du RSA
- 8 759 bénéficiaires de l'AAH
- 104 907 allocataires des prestations familiales
  
- 39.7 % de familles monoparentales avec enfants
- 51,6 % des plus de 80 ans vivent seul
- 47,1 % des 20-24 ans vivent seuls

Selon 70 % des professionnel·les, acteurs et actrices interrogé·es, les troubles mentaux et du comportement sont ceux qu'ils et elles rencontrent le plus souvent.

62.8 % d'entre eux et elles considèrent la santé mentale comme étant la principale préoccupation des publics qu'ils accompagnent.

<sup>62</sup> Consultation citoyenne – 2021  
Entretiens individuels – 2021  
Résultats de l'enquête menée auprès des acteurs et actrices concernés – 2021



Le constat de l'augmentation du mal-être des populations est largement partagé par les praticiens.

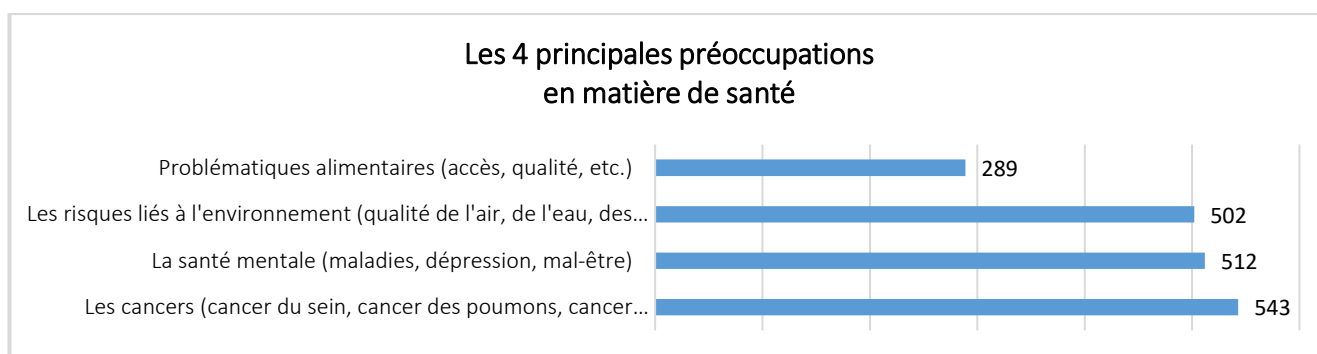
Si la pandémie a aggravé l'état de santé mentale, elle a par ailleurs permis de mettre en place des outils de prévention et de suivi dématérialisés qui se sont relevés leur preuve.

Il semblerait que l'organisation du système de santé « psychiatrique » mériterait d'être améliorée. En effet, selon les professionnel·les, acteurs et actrices concerné·es, elle souffrirait d'une superposition de dispositifs peu pérennes et peu coordonnés entre eux. Certains professionnels déplorent par ailleurs un système basé sur le nombre de praticiens, or, la démographie des psychiatres chute.

D'autres problématiques sont également pointées par les acteurs et actrices de terrain. Ils se sentent démunis et peu outillés pour faire face à l'expression du mal-être des publics qu'ils accompagnent et sont confrontés à des difficultés pour orienter et faciliter l'accès aux soins.

D'autres enjeux relevant notamment des questions de rétablissements des publics ont été évoquées.

Cela se confirme également du côté des populations qui classent la santé mentale (maladie, dépression, mal-être) au deuxième rang de leurs préoccupations de santé.



## 7.2.4 Pistes de réflexion et propositions <sup>63</sup>

Les professionnel·es acteurs et actrices concerné·es souhaitent à 39,2 % valoriser et développer les actions en santé mentale. Ils préconisent une approche plus large de la question en lien avec les déterminants de santé, qui serait le socle de la construction et de la mise en place d'une politique globale et locale de santé mentale.

<sup>63</sup> Consultation citoyenne – 2021  
Réunions de concertation – 2021

Cette vision est-elle partagée par les populations qui évoque l'amélioration du cadre de vie comme une priorité pour soutenir leur bien-être. Une des propositions pour améliorer l'état de santé des populations locales concerne aussi l'accès aux espaces de soutien psychologique.

Les professionnels, acteurs et actrices concernés ont identifié 5 domaines relevant de la santé mentale dans lesquels ils proposent d'agir.

Domaines prioritaires	Propositions
<b>Coordonner les acteurs et actrices</b> <b>Définir les axes stratégiques de la santé mentale</b>	Mettre en place rapidement un Conseil Local de Santé Mentale à l'état d'esprit humaniste et proche du territoire, permettant de : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser de l'offre de soins</li> <li>• Mettre en réseau et coordonner les acteurs et actrices de divers champs</li> <li>• Développer les partenariats</li> <li>• Mobiliser les moyens financiers (instance de suivi)</li> <li>• Créer et diffuser des outils</li> <li>• Construire un annuaire cartographié</li> <li>• Mettre en place un observatoire de l'état de santé mentale de la population</li> </ul>
<b>Soutenir et accompagner les professionnel·les</b> <b>Accompagner les problématiques de santé mentale (prévenir, repérer, orienter)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibiliser et former les acteurs et actrices qui sont en lien avec les publics aux enjeux de la souffrance psychique (notamment les travailleurs sociaux et les intervenants à domicile)</li> <li>• Mettre en place des temps d'échanges de pratiques inter et multi professionnel·les (développer l'interculturalité)</li> <li>• Créer des lieux ressources</li> <li>• Déployer à grande échelle la formation Premier Secours en Santé Mentale (PSSM)</li> </ul>
<b>Sensibilisation, prévention, promotion de la santé mentale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Changer les regards, déstigmatiser</li> <li>• Développer l'aller vers et agir en proximité</li> <li>• Tenir compte des spécificités des publics</li> <li>• Communiquer et informer le grand public au sujet de la santé mentale</li> <li>• Sensibiliser les enfants et les jeunes</li> <li>• Développer les compétences psycho-sociales des enfants, adolescent·es et des parents</li> <li>• Organiser des journées de formation en santé mentale avec les pairs aidants</li> <li>• Mettre en place des médiateurs et médiatrice santé pairs immersion,</li> <li>• Valoriser les pairs aidants, les soutenir et leur donner la parole</li> </ul>
<b>Accès aux soins</b>	Accès aux soins et accompagnement des publics : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accueillir et orienter les publics (accès aux droits et aux soins, lieux d'accueil, guichet unique)</li> <li>• Développer des postes de référent·es sur le terrain (accompagnement et orientation des publics)</li> <li>• Soutenir financièrement l'accès aux soins des publics fragiles (remboursement des consultations de psychologues, cotation spéciale pour les IDE à domicile par exemple)</li> <li>• Mettre en place le chèque santé-psy pour les personnes en situation de précarité</li> </ul> Développer et renforcer l'offre de soins en psychiatrie : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Articuler et développer l'offre de soin</li> <li>• Développer les moyens financiers et mutualiser les moyens humains</li> <li>• Développer l'aller vers et les permanences dans les structures d'accueil</li> <li>• Développer les équipes mobiles de repérage, d'orientation, d'écoute et de soins pour les publics fragiles</li> <li>• Créer des alternatives à l'hôpital et développer l'offre de soins de proximité</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir le développement d'une offre alternative à la psychiatrie (former, légitimer)</li> <li>• Développer la mise en place de lieux de soin pluridisciplinaires gratuits</li> <li>• Multiplier les lieux d'écoute</li> </ul> Prise en charge globale et coordination des parcours : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer des espaces de coordination pluridisciplinaire</li> <li>• Accompagner dans la durée</li> <li>• Favoriser une prise en charge individualisée</li> <li>• Simplifier les parcours des publics</li> </ul>
Inclusion	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser l'inclusion en tenant compte des situations spécifiques</li> <li>• Rendre les publics acteurs et actrices de leur santé</li> <li>• Valoriser les pairs aidants, les soutenir et leur donner la parole</li> <li>• Développer et coordonner des supports de soutien à l'inclusion en proximité, dans la cité (GEM / lieux d'accueil / projets de rétablissement / sport adapté, etc.)</li> </ul>

## 7.3 Promotion de la santé et démarches de prévention

### 7.3.1 Eléments de définition

#### Promotion de la santé

"La promotion de la santé représente un processus social et politique global, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé." (source : Glossaire de la promotion de la santé, OMS, 1999)

#### Prévention

"Actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementalistes, des pressions politiques ou de l'éducation pour la santé." (Source : Banque de Données en Santé Publique).

### 7.3.2 Enjeux globaux<sup>64</sup>

On évoquera les actions éducatives de proximité (permettre l'expression et l'accompagnement des personnes, pédagogie active et émancipatrice proche de l'éducation populaire) ; les campagnes de sensibilisation ; l'édition de supports pour mise à disposition d'informations scientifiquement validées adaptées à chaque groupe de population ; la création et l'utilisation de supports d'apprentissage interactifs.

Du côté des objets :

On parlera des capacités relevant de processus intellectuels plus ou moins complexes, appartenant à la sphère affective et sociale, impliquant des savoir-faire dans les dimensions physiques, psychiques, cognitives et sociales ;

Du côté des objectifs :

On relèvera l'acquisition d'une information scientifiquement validée sur les facteurs de risque et de protection ; l'adhésion aux traitements et mesures favorables à la santé ; la compréhension de l'action des déterminants de la santé ; le désir et la capacité de cultiver les ressources individuelles et collectives pour améliorer la santé et la qualité de vie et pour s'adapter.

<sup>64</sup> <https://www.has-sante.fr> ; <https://www.ameli.fr> ; <https://www.santepubliquefrance.fr> ; <https://educationsante.be> ; <http://rnrsms.ac-creteil.fr> ; <https://www.strategie.gouv.fr>

## L'ÉTAT DE SANTÉ CONTINUE DE S'AMÉLIORER MAIS A UN RYTHME MOINS SOUTENU

- L'espérance de vie est élevée ;
- Une réduction de la mortalité toutes causes, de la mortalité prématurée (avant 65 ans) et une amélioration de la durée de vie des personnes souffrant de maladies chroniques sont observées ;
- Les deux premières causes de décès restent les cancers et les maladies cardio-vasculaires.

## LE POIDS DES DÉCÈS PRÉMATURÉS RESTE NEANMOINS IMPORTANT ET LA MORBIDITÉ PAR MALADIES CHRONIQUES PROGRESSE

- Le taux de décès prématurés est élevé, et plus important chez les hommes que chez les femmes ;
- L'incidence des maladies chroniques ne régresse pas, avec une prévalence importante et en forte hausse ;
- La fréquence des troubles mentaux est importante.

## LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ : ENJEUX DE LA PRÉVENTION

- La proportion de fumeurs quotidiens a diminué entre 2016 et 2017, mais reste très importante en comparaison des pays de développement économique similaire
- La consommation quotidienne d'alcool semble en diminution mais demeure toutefois élevée
- Le surpoids et l'obésité ont cessé d'augmenter
- Un fort impact des conditions de travail sur l'état de santé a été constaté et, réciproquement, l'état de santé a un effet sur les trajectoires professionnelles
- Les expositions environnementales (polluants, etc.) concernent un grand nombre de personnes

## LES NIVEAUX D'INTERVENTION SONT DIVERS

Prévenir, agir sur les déterminants de santé et en tenir compte, rendre les individus acteurs et actrices de leur santé, donner envie et donner les moyens de changer les comportements, sensibiliser, dépister, sont autant d'objectifs qui peuvent être soutenus dans une approche globale de la santé intégrant l'offre de soin.

### 7.3.3 Problématiques locales exprimées par les acteurs dans le cadre du diagnostic <sup>65</sup>

#### Rappel des données montpelliéraines

##### Recours à la prévention encore perfectible

50 % des populations interrogées ont déclaré ne pas avoir réalisé un dépistage (hors test COVID) ces douze derniers mois.

En 2019, 38 334 personnes âgées, soit 55,8 % des personnes âgées concernées de Montpellier Méditerranée Métropole ont bénéficié de la vaccination antigrippale.

Les deux types de dépistage (dépistage organisé et dépistage individuel) du cancer du sein ont concerné 34 051 femmes, ce qui représente un taux de couverture de 57,9 % des habitantes du territoire, âgées de 50 à 74 ans.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus repose sur un frottis effectué tous les trois ans entre 25 et 64 ans. En 2019, 25 672 femmes âgées de 25 à 64 ans ont bénéficié de ce dépistage, soit 21,9 % de la population cible.

##### Comportements à risques :

- les comportements alimentaires
- L'usage quotidien d'alcool
- Le tabagisme quotidien
- Le renoncement aux soins

## UNE DES PRINCIPALES PROBLÉMATIQUES CONCERNE LES COMPORTEMENTS À RISQUE.

En effet, ils sont facteurs d'aggravation de l'état de santé et des pathologies diagnostiquées.

<sup>65</sup> Consultation citoyenne – 2021

Entretiens individuels – 2021

Résultats de l'enquête menée auprès des acteurs et actrices concernés – 2021

Le cloisonnement des interventions n’offre pas le cadre à la mise en pratique d’une approche globale de la situation des publics. En effet, les liens Ville-Hôpital ne sont pas assez pertinents, ils ne permettent pas l’intervention précoce et le travail sur les comorbidités.

**LA VILLE DE MONTPELLIER DISPOSE DE NOMBREUX ATOUTS, LA QUALITE DES ACTIONS ET DES DISPOSITIFS EST INDENIABLE**

**UN DEFICIT DE TRAVAIL EN RESEAU ET DE COORDINATION LOCAL**

Comme évoqué dans la partie 6.6 « Accès à la prévention et aux actions de promotion de la santé », les acteurs agissant dans ces domaines sont nombreux, leurs publics, les actions et les cadres d’intervention sont nombreux. Ils varient notamment en fonction des compétences et des objectifs des organismes financeurs. Dès lors, ces dispositifs manquent de lisibilité, le maillage du territoire n’est pas toujours efficient et les objectifs en termes de publics et de contenus ne sont pas toujours atteints. Par ailleurs, les actions gagneraient en qualité et en efficacité si les différents intervenants pouvaient bénéficier d’échanges de pratiques permettant la montée en compétences et la prise de recul.

**LES DISPOSITIFS MANQUENT DE LISIBILITE.**

72 % des habitants qui se sont exprimé lors de la consultation citoyenne déclarent ne pas connaître les actions de prévention et/ou d’éducation pour la santé mises en place sur la Ville de Montpellier. Parallèlement, 62 % des professionnels et acteurs et actrices interrogés déclarent que les publics accompagnés ont accès à des actions de prévention et/ ou d’éducation pour la santé. La multiplicité des référentiels (promotion de la santé, éducation pour la santé, éducation thérapeutique, prévention, santé communautaire, réduction des risques, etc.) ne facilite pas l’appréhension et la compréhension des différentes actions, les niveaux d’intervention et les objectifs visés. Ce manque de lisibilité concerne à la fois les populations et les professionnel·les.

**7.3.4 Pistes de réflexion et propositions <sup>66</sup>**

Les professionnel·les et acteurs et actrices concernés ont identifié 3 domaines relevant de la promotion de la santé et des démarches de prévention dans lesquels ils proposent d’agir.

Domaines prioritaires	Propositions
Mise en réseau, qualité des actions et des dispositifs	<p>Soutenir la mise en réseau des acteurs et actrices :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Animer le Contrat Local de Santé</li> <li>• Coordonner un réseau d'acteurs et actrices à l'échelle de la ville</li> <li>• Coordonner les interventions à l'échelle de bassin de vie (des quartiers)</li> <li>• Identifier une personne ressource par quartier</li> <li>• Décloisonner les champs par la mise en place d’ateliers thématiques pluridisciplinaires</li> <li>• Cartographier les professionnel·les</li> <li>• Partager une vision globale et positive de la santé</li> <li>• Soutenir la concertation et les partenariats</li> <li>• Mettre en cohérence et mieux répartir géographiquement</li> <li>• Favoriser la communication entre acteurs et actrices</li> </ul> <p>Soutenir la qualité des actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoriser les stratégies probantes en promotion de la santé</li> <li>• Développer les compétences des acteurs et actrices</li> <li>• Développer la formation sur les postures d’intervention en éducation pour la santé</li> <li>• Former les professionnel·les les bénévoles et les élu·es</li> </ul> <p>Faire de Montpellier une capitale "prévention - santé" :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire de Montpellier un centre collaborateur de l'OMS</li> </ul>

<sup>66</sup> Consultation citoyenne – 2021  
Réunions de concertation –2021

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financer à hauteur des ambitions en favorisant la mutualisation des financements et des actions</li> <li>• Soutenir l'innovation en santé</li> </ul>
<p><b>Accès aux démarches de promotion de la santé, d'éducation pour la santé et de prévention</b></p>	<p>Développer des actions et dispositifs de proximité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir la mise en place de "Maison Pour Tous de santé"</li> <li>• Organiser des rencontres au plus près des publics</li> <li>• Renforcer la médiation en santé</li> <li>• Lutter contre l'isolement</li> </ul> <p>Favoriser l'information et l'éducation pour la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir la littératie en santé</li> <li>• Développer des guichets uniques de proximité (sur le modèle du centre de santé communautaire "la case de santé" à Toulouse)</li> <li>• Promouvoir des comportements favorables à la santé</li> <li>• Développer l'éducation pour la santé de proximité, dans les lieux de vie</li> <li>• Développer la démarche école promotrice de santé (tous niveaux)</li> <li>• Développer des approches globales et coordonnées en milieu scolaire et auprès des familles</li> <li>• Intégrer l'activité physique adaptée dans le quotidien des usagers et des malades chroniques</li> <li>• Développer des actions autour de l'alimentation</li> </ul> <p>Développer les actions de prévention :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer les consultations de proximité</li> <li>• Créer un service médico-social municipal (repérage précoce)</li> <li>• Intervenir en proximité en partenariat avec les professionnels de terrain (unités mobiles)</li> <li>• Développer les actions de prévention dès le plus jeune âge</li> </ul>
<p><b>Participation des publics / inclusion</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encourager, soutenir la participation des "bénéficiaires" aux différentes étapes des projets : diagnostic, construction, animation, évaluation, etc.</li> <li>• Favoriser la collaboration notamment des publics isolés</li> <li>• Prendre en compte et valoriser la connaissance des publics</li> <li>• S'appuyer sur les besoins et les expériences des publics</li> <li>• Mettre en place des ateliers participatifs</li> <li>• Développer les approches de santé communautaire, co-construction et d'éducation par les pairs</li> <li>• Adapter les actions aux spécificités des publics</li> <li>• Adapter les actions aux besoins des publics</li> </ul>



## 7.4 Santé environnementale

### 7.4.1 Éléments de définition

“La santé environnementale comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement.” (source OMS)  
« Pour approfondir la médecine, il faut d'abord considérer les saisons, connaître la qualité des eaux, des vents, étudier les divers états du sol et le genre de vie des habitants » Hippocrate.

### 7.4.2 Enjeux globaux<sup>67</sup>

#### EMBRASSANT UN CHAMP TRES LARGE, LES ENJEUX LIES A LA SANTE ENVIRONNEMENTALE SONT ANCRES DANS NOTRE QUOTIDIEN

La crise sanitaire de la covid-19 en offre une récente illustration : elle révèle l'impact que la dégradation de l'environnement et des écosystèmes peut avoir sur la santé humaine, mettant à jour nos vulnérabilités face à l'émergence des zoonoses, ces virus, bactéries ou parasites qui franchissent la barrière des espèces.

Les risques liés à la pollution atmosphérique ou à l'exposition à diverses substances toxiques, pesticides ou autres perturbateurs endocriniens, omniprésents dans notre environnement mais le plus souvent invisibles, inquiètent un nombre croissant de nos concitoyens. Selon l'étude du CSA du 27 janvier 2020 près de sept Français sur dix sont convaincus que l'environnement a un impact sur la santé<sup>1</sup>.

#### DES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX ET COMPORTEMENTAUX IMPACTANT

D'après l'OMS, 23 % des décès et 25 % des pathologies chroniques dans le monde peuvent être attribués à des facteurs environnementaux et comportementaux (qualité de l'air, de l'eau, alimentation, modes de vie comme la consommation d'alcool ou de tabac...). Ces facteurs seraient, en Europe, responsables de 12 % des décès et 13 % des pathologies. Selon les données de la Direction générale de la santé et de la Direction générale de la prévention des risques la pollution de l'air extérieur, à elle seule, entraînerait de 48 000 à 72 000 décès prématurés par an en France<sup>3</sup>.

Le coût humain estimé est considérable. Il révèle des inégalités de santé dont les déterminants sociaux et environnementaux constituent une part prédominante.

#### Déterminants environnementaux de santé

- Qualité de l'air, de l'eau et du sol

La qualité de l'environnement physique (qualité de l'eau potable, des eaux de baignade, de l'air et des sols, qualité et sécurité des produits de consommation) a un lien étroit avec la santé des populations. On associe, par exemple, l'exposition aux rayons ultraviolets au cancer de la peau. Les liens entre la présence de pollen et la rhinite allergique sont connus. La qualité de l'air intérieur et extérieur a des répercussions sur la santé et une mauvaise qualité de l'eau entraîne des maux de toutes sortes.

- Logement

Un logement insalubre, comportant de la moisissure, ou surpeuplé présente un risque pour la santé des personnes. Aussi, le coût élevé du logement réduit la disponibilité des ressources pour se procurer d'autres biens essentiels. Le fait de ne pas bénéficier d'un logement (itinérance) est généralement associé à des problèmes de santé physique et mentale importants.

- Aménagement du territoire

L'aménagement du territoire renvoie à la manière dont les infrastructures (routes, parcs, transport en commun, services de proximité, etc.) d'une communauté sont organisées. Cet aménagement influence, entre autres, l'accès de la population à des services (ex. : services de santé, alimentation), à des environnements (ex. : parcs) ou des activités (ex. : activités sociales ou sportives) favorables à la santé.

---

<sup>67</sup> <http://www.senat.fr/rap> ; <https://solidarites-sante.gouv.fr/sante-et-environnement> ; <http://www.occitanie.prse.fr> ; <http://les.cahiers-developpement-durable.fr>

## Intersectorialité

Le premier « plan national de santé-environnement » (PNSE) a été établi en 2004 et sa quatrième version devrait être prochainement publiée.

Il est décliné territorialement sous la forme de Plans Régionaux santé-Environnement (PRSE).

Le PRSE3 Occitanie 2017-2021 se décline autour de quatre axes prioritaires :

- Renforcer l'appropriation de la Santé Environnementale pour les citoyen·nes (Élu·es, institutions, professionnel·les de santé, associations et citoyen·nes : favoriser la formation et l'information).
- Promouvoir un urbanisme, un aménagement du territoire et des mobilités favorables à la santé (Projets d'aménagements urbains, organisation des déplacements : favoriser la dimension santé).
- Prévenir ou limiter les risques sanitaires en milieux extérieurs (Qualité de l'air, pollution atmosphérique, pollens allergisants, eau de consommation, sols pollués, etc.)
- Prévenir ou limiter les risques sanitaires dans les espaces clos (Qualité de l'air intérieur, radon, musique amplifiée et risques auditifs)

D'autres Ministères sont concernés par les questions de santé environnementale (Economie, Emploi, Transition écologique, Alimentation et agriculture).

### LES COLLECTIVITES TERRITORIALES SONT DE PLUS EN PLUS NOMBREUSES A SE SAISIR DE CES ENJEUX.

Au cœur de compétences dont elles sont responsables comme l'hygiène et la salubrité publique, l'urbanisme, les mobilités ou encore la petite enfance. Des actions concrètes au plus près des territoires et des habitant·es contribuent à montrer que l'environnement ne recèle pas que des risques : améliorer notre cadre de vie a également des effets bénéfiques sur la santé. Les acteurs et actrices concerné·es sont nombreux et nombreuses, les échelles et les contenus d'intervention sont extrêmement variés. On constate un foisonnement d'actions pour la plupart dépourvues de moyens définis et d'indicateurs de suivi et de résultat.

### 7.4.3 Problématiques locales exprimées par les acteurs dans le cadre du diagnostic

#### Rappel des données montpelliéraines

##### Logement

Le nombre de logements a très fortement augmenté ces dix dernières années (+ 35 000). Composé à 86 % d'appartements, les logements montpelliérains sont occupés en grande majorité au titre de résidence principale.

##### Pression immobilière importante due à une faible vacance.

Le nombre de logement vacant a légèrement baissé (- 1.5 points en 10 ans).

**Parc de logement globalement de bonne qualité** mais concerné par des enjeux de rénovation et d'adaptation (23 % des logements concernés par la déperdition énergétique, 9.4 % des logements considérés comme sur occupés, 4875 logements considérés comme indignes).

##### Forte demande locative sociale

##### Qualité de l'air à surveiller

22 800 personnes sont exposées quotidiennement à un dépassement de l'objectif de qualité en ce qui concerne les particules fines (PM2.5), et 5 350 personnes à un dépassement de la valeur limite en ce qui concerne l'oxyde d'azote.

## Bonne qualité de l'eau

### Aménagement du territoire de plus en plus favorable

« La ville gère les installations sportives, stades, parcours sportifs. Elle assure leur entretien, renouvelle les installations. Avec 270 équipements sportifs municipaux répartis dans l'ensemble des quartiers, la Ville de Montpellier offre à chacun la possibilité de pratiquer le sport de son choix, et ce dans des conditions idéales grâce à des équipements de qualité. »

125 espaces « verts » sur le territoire de la commune.

L'offre de transport en commun est significative (4 lignes de tramway en service et une 5ème en projet, 84 stations et 56 km de rails ; important réseau de bus) et son accessibilité est soutenue (gratuité les week-end pour l'ensemble des habitants de la Métropole et gratuité pour les moins de 18 ans et les plus de 65 ans).

La place des mobilités actives tend à croître (augmentation significative des pistes cyclables, soutien financier à l'achat d'un vélo électrique, offre de location de vélo « velomag »).

## LES RISQUES LIÉS À L'ENVIRONNEMENT ONT ÉTÉ CLASSÉS AU TROISIÈME RANG DES PRÉOCCUPATIONS PAR LES POPULATIONS INTERROGÉES.

Globalement, les déterminants environnementaux de santé apparaissent comme prioritaires pour les habitants de Montpellier. Le logement et le cadre de vie ont été présentés par les populations comme étant prioritaires.

Cela est confirmé par les professionnels et acteurs et actrices concernés qui ont évoqué très largement les déterminants environnementaux de santé dans leurs réponses au questionnaire.

## LES MONTEPPELLIERAIN·ES SEMBLENT ÊTRE CONSCIENT·ES DE L'IMPORTANCE D'UN AMÉNAGEMENT FAVORABLE À LA SANTÉ.

Ils et elles considèrent que l'utilisation régulière des équipements présents sur le territoire (parcs et jardins, espaces culturels, équipements de mobilité urbaine, équipements sportifs, etc.) est source d'un meilleur état de santé et bien-être.

## LES MODES DE DÉPLACEMENTS FAVORABLES À LA SANTÉ APPARAISSENT COMME UN ENJEU TRÈS IMPORTANT POUR LES POPULATIONS

Les mobilités actives et mobilités douces sont plébiscitées par les montepelliérain·es mais 35.8% des personnes interrogées précisent utiliser leur voiture.

## L'IMPORTANCE DE LA SENSIBILISATION AUX ENJEUX DE LA SANTÉ-ENVIRONNEMENTALE EST POINTÉE PAR LES PROFESSIONNEL·LES

De nombreux professionnel·les considèrent que la santé-environnementale n'occupe pas la place qu'elle devrait. Ils et elles considèrent dans une large majorité que les populations et les responsables ne sont pas assez sensibilisés.

## L'ENSEMBLE DES ACTEURS ET ACTRICES S'ACCORDE SUR L'URGENCE À AGIR

Certains d'entre eux et elles considèrent que la santé-environnementale doit être au cœur de l'ensemble des politiques publiques et locales de santé. Ces mêmes acteurs et actrices identifient certaines problématiques comme une priorité absolue : la qualité de l'air intérieur, les perturbateurs endocriniens, la pollution subie par la femme enceinte et leurs conséquences sur le fœtus, etc.

## 7.4.4 Pistes de réflexion et propositions <sup>68</sup>

Les professionnel·les, acteurs et actrices concerné·es ont identifié 4 domaines relevant de la santé environnementale dans lesquels ils proposent d’agir.

Domaines prioritaires	Propositions
<b>Aménagement et urbanisme favorable à la santé</b> <b>Prise en compte des besoins "de base" en milieu urbain</b>	Systématiser les évaluation d’impact en santé (EIS) dans l’élaboration des politiques d’aménagement Favoriser et soutenir l'accès à la nature en milieu urbain : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer le permis de végétaliser</li> <li>• Développer les espaces « nature » partagés de proximité</li> </ul> Favoriser les modes de déplacement favorables à la santé : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer la mobilité douce</li> <li>• Développer la mobilité active</li> <li>• Favoriser la concertation entre les populations et les responsables faire preuve de pédagogie</li> </ul>
<b>Logement et habitat Cadre de vie</b>	Améliorer les logements : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lancer une grande campagne d'amélioration de l'état des logements</li> <li>• Augmenter le nombre de logement sociaux et de meilleure qualité (rénovation, création)</li> </ul> Améliorer les lieux de vie : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rendre les espaces plus favorable à la santé</li> <li>• Soutenir les habitats "alternatifs" (habitats inclusifs, habitats participatifs, etc.)</li> </ul>
<b>Alimentation : Accès Offre Sensibilisation</b>	Favoriser l'accès des publics à une alimentation saine : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir financièrement les publics</li> <li>• Soutenir la mobilité des publics</li> </ul> Soutenir l'offre alimentaire de qualité : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer une offre de proximité abordable construite avec les habitants (contribuer au développement des initiatives de supermarchés coopératifs à but non lucratif)</li> <li>• Renforcer l'offre alimentaire (favoriser et soutenir les circuits courts raisonnés et/ou bio)</li> </ul> Eduquer et sensibiliser les publics : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer l'éducation et la sensibilisation notamment à destination des personnes en situation de précarité</li> <li>• Renforcer l'éducation et la sensibilisation à destination des enfants et des familles</li> </ul>
<b>Sensibilisation et prévention Tous concernés ! Appropriation des enjeux Empowerment</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer des actions de sensibilisation et d'informations auprès des publics sur l'ensemble des enjeux environnementaux</li> <li>• Déployer des campagnes de sensibilisation et d'interventions en milieu scolaire</li> <li>• Soutenir la participation citoyenne dans les débats et les décisions</li> <li>• Inclure les publics notamment les plus fragiles par le déploiement de médiateurs</li> <li>• Développer une offre d'information collaborative et pédagogique auprès des citoyens et des professionnels</li> <li>• Prévenir de la pollution auprès de la femme enceinte fœtus / nouveau-né / enfant / famille</li> <li>• Sensibiliser et former les élus, les agents et les institutions</li> </ul>

<sup>68</sup> Consultation citoyenne – 2021  
Réunions de concertation –2021

## 7.5 Précarité

### 7.5.1 Élément de définition

"L'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible." Joseph Wresinski, 1987.

« La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale » Haut Conseil de la Santé Publique, 1998

« Situation de précarité : caractérisée par le caractère incertain, aléatoire, ou irrégulier des ressources (CDD, intérim, chômage, maladie, etc.) et par la fragilité qui résulte de cette insécurité dans la vie quotidienne, familiale et sociale » (Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion (MRIE) des Rhône-Alpes).

### 7.5.2 Enjeux globaux<sup>69</sup>

En 2021, une personne est considérée comme pauvre si ses revenus sont inférieurs à 1 063 euros par mois. Globalement les indicateurs de santé de ces populations sont défavorables et ce, dès le plus jeune âge.

#### Inégalités sociales, mortalité, morbidité

Le risque de décès dépend très fortement du niveau absolu de ressources des individus, mais aussi largement de l'environnement social et économique. Les inégalités sociales de mortalité ne sont pas entièrement expliquées par l'effet de l'éducation et des conditions de travail.

#### Conséquences de la précarité des parents sur les enfants

Pour les enfants, les conséquences de la précarité des parents sont nombreuses (prématurité et petit poids de naissance, état buccodentaire, surcharge pondérale).

Dans le même temps, les trois quarts des personnes accueillies dans les banques alimentaires ne mangent pas assez pour couvrir leurs besoins nutritionnels (insécurité alimentaire), cumulant déficit et déséquilibre alimentaire.

Certaines complications du diabète et de l'hypertension artérielle sont plus fréquentes chez les personnes socio économiquement défavorisées.

Les taux de renoncement sont beaucoup plus élevés (jusqu'à 50%) pour les personnes dont le revenu net du foyer est inférieur à 1200€/mois.

#### Prévention

Le taux de couverture vaccinale est inférieur parmi les enfants issus de familles pauvres et/ou en situation de précarité.

La participation aux dépistages des cancers dépend de facteurs socio-économiques: pour le cancer du sein, les femmes à niveau de diplôme plus bas ou disposant des revenus les moins élevés ont les taux de participation les plus faibles.

Les campagnes de prévention ne prennent pas assez en compte les spécificités des publics et sont d'autant moins efficaces que le niveau de revenus est bas.

#### Santé et grande précarité

Selon l'INSEE, il y a en France au moins 160 000 personnes vivant à la rue de façon occasionnelle ou permanente (« SDF »). On estime que 32% d'entre elles présentent un trouble psychiatrique sévère, 25% n'ayant jamais eu recours aux soins et 50 % ayant des conduites addictives (tabac, alcool, cannabis, etc.). Les facteurs de risque sont des difficultés sociales précoces, des événements de vie graves, un faible niveau scolaire, une enfance perturbée. Ils sont accentués par une mauvaise utilisation des services sanitaires et sociaux existants. De plus les préoccupations sanitaires sont secondaires pour les personnes vivant à la rue.

<sup>69</sup> <https://www.academie-medecine.fr> ; <https://www.cnle.gouv.fr> ; <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales> ; <https://www.revmed.fr>

## Santé des migrants

Les maladies des migrants sont des pathologies préexistantes ou acquises depuis leur arrivée : affections parasitaires, bactériennes ou virales, tuberculose, affections respiratoires, infections sexuellement transmissibles (VIH, VHB), maladies liées à l'environnement (diabète, HTA) ou d'adaptation (logements insalubres, perturbations familiales, du travail, du mode de vie, de l'insécurité). Les migrants sont très vulnérables. Chez les migrants ou les populations déplacées, l'entrée en précarité est plus ou moins accentuée par leur culture, leurs difficultés d'usage de la langue française et leurs origines

### Quelques dispositifs de soutien et d'aides en France

<https://solidarites-sante.gouv.fr/>

#### Assurance maladie en France

Il existe en France un ensemble de dispositifs destinés à permettre à tous l'accès au système de santé.

- L'Aide Médicale d'État (AME)

Cette prestation sociale, financée par le budget de l'état, dont peut bénéficier toute personne résidant en France depuis au moins 3 mois sans titre de séjour réglementaire (le prouver peut s'avérer très difficile puisqu'on est en situation illégale). Elle n'ouvre droit à un accès gratuit au système de santé que pour un panier de soins limité.

- La Protection Universelle Maladie (PUMA)

Elle garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière, même sans domicile, un droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.

- Les complémentaires santé pour les faibles revenus

La complémentaire santé solidaire (ex CMUC). C'est l'attribution gratuite d'une complémentaire santé. Est éligible toute personne dont les revenus.

#### Prestations et les aides sociales

Il existe, en complément des droits permettant le recours au système de santé, une galaxie de soutiens sociaux schématisés ci-dessous. Ils sont multiples (RSA, allocations familiales, AAH, prime d'activités, etc.).

#### Politiques publiques dans le champ « précarité, pauvreté et prévention en santé »

Les dispositifs de soins gratuits régionaux, départementaux et municipaux : les centres d'examen de santé de l'assurance maladie ; les centres de lutte anti-tuberculeuse ; les centres de vaccination ; les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (VIH, hépatites virales, IST) et les services de PMI.

Les dispositifs dédiés précarité : permanence d'accès aux soins de santé (PASS), les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)

Les dispositifs dédiés aux personnes présentant des addictions ; les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques chez les Usagers de Drogues (CAARUD), les Centres de Soins d'Accompagnement de Prévention en Addictologie (CSAPA).

Les structures médico-sanitaires d'hébergement pour les personnes en situation de vulnérabilité : Lits Halte Soins Santé, Appartements de Coordination Thérapeutique.

Les Programmes d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)

Le plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale vise notamment à :

Lutter contre les inégalités de soins, notamment via la médiation sanitaire étendue aux gens du voyage avec la priorisation sur la santé des enfants et des adolescents

Permettre la vaccination des bénéficiaires des examens de santé réalisés dans les centres d'examen de santé de la Sécurité sociale (500 000 bilans réalisés par an dans 115 centres d'examen de santé, dont 56% réalisés pour des personnes en situation de précarité).

#### Politiques orientées vers des populations spécifiques

Elles concernent : les personnes vivant en campements illicites, les gens du voyage ; les personnes qui se prostituent ; les personnes sans abri, les réfugiés et migrants.

### 7.5.3 Problématiques locales exprimées par les acteurs lors de la consultation organisée dans le cadre du diagnostic <sup>70</sup>

#### Rappel des données montpelliéraines

Un revenu fiscal moyen plus faible de 12.5 % que la moyenne métropolitaine  
Un taux de chômage important : 20.7 %

80 % de l'offre locative sociale de Montpellier Méditerrané Métropole concentrée sur la ville de Montpellier.

27 % de la population montpelliéraine vit sous le seuil de pauvreté (76 983 personnes)

#### Indicateurs de précarité

- 13 368 bénéficiaires du RSA
- 8 759 bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH)
- 104 907 allocataires des prestations familiales
- 19,6 % des habitants montpelliérains bénéficient de la complémentaire santé solidaire (ex CMUc)
- 6,6 % des habitants montpelliérains bénéficient de l'ACS
- 1.4 % des habitants montpelliérains bénéficient de l'AM

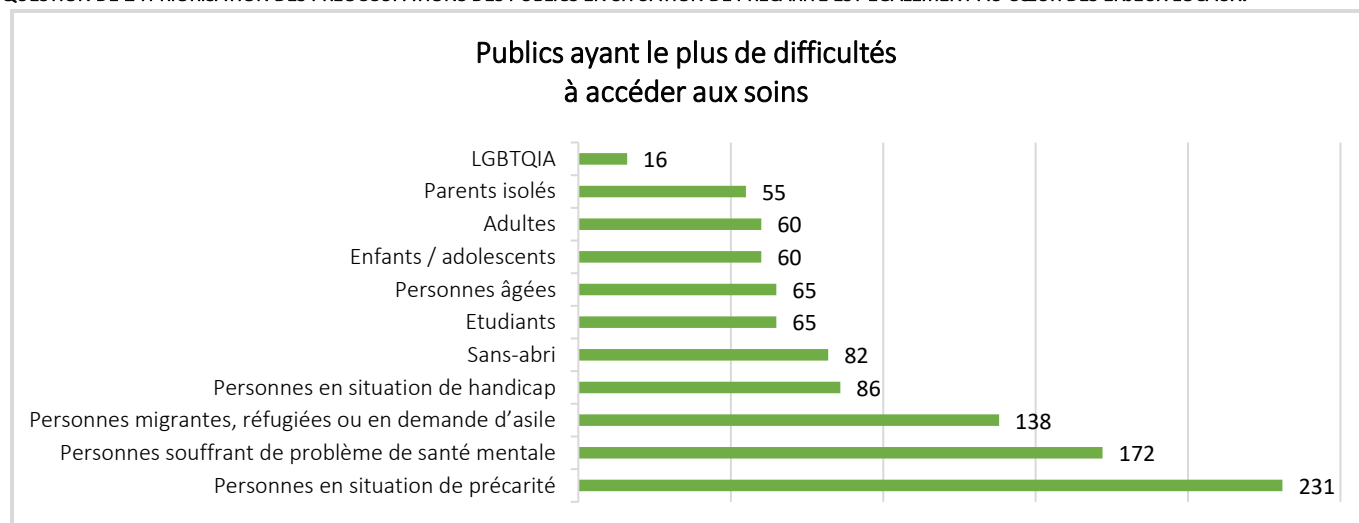
#### 12 quartiers prioritaires sur le territoire communal

- 36.5 % des personnes vivant sous le seuil de pauvreté sont issus des 12 Quartiers prioritaires (QP) sur Montpellier
- 53.8 % des habitants des QP de Montpellier vivent sous le seuil de pauvreté
- Un parc de logements sociaux vieillissant
- Une population fortement dépendante des prestations sociales et notamment du RSA
- Habiter un quartier de la politique de la ville amplifie les difficultés de réussite scolaire pour les jeunes
- Les taux d'emploi des 15-64 ans sont beaucoup plus faibles dans les QP que dans les autres territoires

#### LES LIENS ENTRE SITUATION SOCIALE ET INDICATEURS DE SANTE DEFAVORABLES SONT CONFIRMES PAR LES PROFESSIONNELS

Les acteurs et actrices interrogé-es expliquent les pathologies rencontrées et leur prévalence, par la situation et par le comportement des individus. Nombreux sont les professionnel·les qui évoquent les liens entre les situations de précarité, l'hygiène de vie, le manque d'information et les difficultés d'accès aux soins. Pour 71.7 % des professionnel·les interrogé-es, ce sont les personnes en situation de précarité qui rencontrent le plus de difficultés à accéder aux soins. Les personnes migrantes (pour 48.2 % des professionnels) et les sans-abris sont également cités.

#### LA QUESTION DE LA PRIORISATION DES PREOCCUPATIONS DES PUBLICS EN SITUATION DE PRECARITE EST EGALEMENT AU CŒUR DES ENJEUX LOCAUX.



<sup>70</sup> Consultation citoyenne – 2021  
Entretiens individuels – 2021  
Résultats de l'enquête menée auprès des acteurs et actrices concernés – 2021

Toujours selon les acteurs et actrices concerné-es, la première préoccupation des publics qu'ils et elles accompagnent est le logement, l'accès aux services de santé vient en troisième position. Ce point de vue a été confirmé par les populations interrogées qui placent en troisième position de leurs préoccupations l'accès aux services de santé, derrière le logement et le cadre de vie.

#### LES PROBLEMATIQUES SONT SOCIALES ET COMPLEXES.

Renforcer l'accès aux droits et aux soins des publics vulnérables est considéré comme une priorité pour 43.8 % des acteurs et actrices.

Face à une multitude d'interlocuteurs et de dispositifs, les parcours se complexifient énormément et nécessitent des compétences (numériques, linguistiques, etc.) que certains publics n'ont pas. De même, l'offre de soins de proximité semble être insatisfaisante (47.4 % des acteurs et actrices interrogés souhaitent la développer).

Si les acteurs et actrices interrogé-es constatent un accroissement de problématiques cumulées, ils et elles se disent en difficulté pour y apporter les réponses adaptées par le biais d'autres types d'accompagnement non prescrits (orthophonie, ergothérapie, psychologie, etc.).

#### IL N'EXISTE PAS D'ATELIERS SANTE VILLE SUR LA COMMUNE DE MONTPELLIER

L'Atelier santé ville a pour vocation de participer à l'amélioration de l'état de santé des populations et en particulier des habitants des quartiers les plus défavorisés, et vise à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

L'Atelier santé ville met en place une politique locale et partenariale de santé à partir des besoins locaux identifiés. C'est une démarche d'animation territoriale qui a pour objet la coordination des acteurs et des actions locales de santé sur les quartiers prioritaires de la politique de la ville, en vue de permettre une articulation dynamique entre la politique de la ville et les politiques de santé, et de promouvoir la participation de la population sur les questions de santé. Elle vise à favoriser le développement de programmes locaux de santé publique concertés afin d'améliorer la cohérence et la pertinence des actions destinées aux populations les plus fragilisées, en mettant la prévention et la promotion de la santé au cœur du projet territorial avec les autres politiques publiques qui concourent à l'amélioration de la santé des populations.

### 7.5.4 Pistes de réflexion et propositions <sup>71</sup>

Les professionnel·les, acteurs et actrices concerné-es ont identifié 4 domaines relevant de la précarité dans lesquels ils proposent d'agir.

Domaines prioritaires	Propositions
Accès aux soins	<p>Développer l'aller vers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agir au plus près des lieux de vie</li> <li>• Développer les équipes mobiles</li> <li>• Développer les structures de proximité</li> </ul> <p>Développer la médiation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer des services dédiés avec du personnel formé</li> <li>• Développer des postes de médiateurs et médiatrices référent·es en santé (parcours de soin)</li> <li>• Augmenter la lisibilité des dispositifs existants auprès des publics et des professionnel·les</li> </ul> <p>Soutenir l'accès aux droits :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lutter contre le non recours aux soins des publics spécifiques</li> <li>• Lever les freins dans l'accès à l'information, aux droits et aux soins</li> <li>• Faciliter les prises de rendez-vous auprès des institutions et en particulier à la Préfecture</li> <li>• Répertorier les dispositifs et les rendre lisible</li> </ul> <p>Coût des soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place un fond d'aide</li> <li>• Développer les dispositifs de financement des soins primaires</li> </ul>

<sup>71</sup> Consultation citoyenne – 2021  
Réunions de concertation – 2021



<p><b>Approche globale et systémique de la précarité</b></p>	<p>Coordonner les interventions et travailler en réseau :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordonner et animer un réseau des acteurs et actrices de la santé</li> <li>• Permettre le lien entre acteurs et actrices et professionnels de proximité</li> <li>• Evaluer et améliorer les dispositifs en place</li> <li>• Adapter les dispositifs aux différents publics</li> <li>• Renforcer la connaissance des acteurs et actrices entre eux (de différents champs et niveaux),</li> <li>• Contribuer au développement d'une culture commune</li> <li>• Coordonner les différentes interventions dans l'accompagnement</li> <li>• Faciliter et généraliser l'utilisation du Dossier social partagé</li> </ul> <p>Soutenir la participation des publics (rendre acteurs et actrices et adapter les réponses) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre en compte les spécificités et adapter les réponses</li> <li>• Soutenir la participation des publics pour mieux prendre en compte leurs difficultés et appréhender les facteurs aggravants</li> <li>• Développer des actions spécifiques (interprétariat, monoparentalité, HSS, SESSAD, ACT)</li> <li>• Développer les concertations pluridisciplinaires incluant les publics</li> <li>• Inclure les publics pour les rendre acteurs et actrices</li> <li>• Mettre en place des actions de médiation</li> <li>• Soutenir l'accompagnement vers l'autonomie</li> <li>• Faciliter l'échange entre professionnel-les et le public autour des situations particulières</li> <li>• Garantir que la personne décide pour et par elle-même en adoptant des financements et des postures adaptées</li> </ul>
<p><b>Logement</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construire des logements sociaux</li> <li>• Développer le principe du logement d'abord</li> <li>• Développer les logements adaptés :</li> <li>• Développer un parc immobilier adapté et accompagné</li> <li>• Développer les logements inclusifs (parties de vie communes)</li> <li>• Développer le logement adapté occupé par des publics aux problématiques croisées (habitat inclusif et autonomie)</li> <li>• Renforcer l'offre d'hébergement d'urgence</li> </ul>
<p><b>Offre de soins</b></p>	<p>Santé mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Former les acteurs et actrices de proximité aux enjeux liés à la santé mentale et à l'accompagnement des personnes</li> <li>• Développer les équipes mobiles de repérage, d'orientation, d'écoute et de soins</li> </ul> <p>Développer l'offre de proximité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer des maisons médicales de proximité</li> <li>• Développer une offre mobile de soins avec un accompagnement numérique</li> <li>• Développer les accueils de jour permettant l'accompagnement vers l'autonomie</li> </ul>

## 8 LE CONTRAT LOCAL DE SANTÉ : PERSPECTIVES ET ATTENTES

D'UNE FAÇON GÉNÉRALE, LES ACTEURS ET ACTRICES LOCAUX CONCERNÉS ACCUEILLENENT FAVORABLEMENT LE CLS.

Parmi les répondant·es à l'enquête, ils sont près de 42 % à se déclarés prêts à suivre voir à s'engager dans les dynamiques qui seront mise en place dans le cadre du CLS. Ils envisagent de participer à des groupes de travail, à des journées d'échanges, des colloques, mais aussi de répondre à des sollicitations ponctuelles (sondage ou autre).

Ils et elles apprécieraient dans une large majorité d'être informé·es des dynamiques et projets mis en place par la diffusion d'un bilan global et synthétique mensuel ou trimestriel.

Cet engagement s'est d'ailleurs très largement vérifié à travers la participation aux réunions de concertation et à la qualité des productions de ces dernières.

Leurs travaux ont permis d'identifier un certain nombre d'objectifs et de pistes d'actions transversales :

Thématiques	Propositions
Mettre en réseau les acteurs et actrices	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser l'interconnaissance et le développement d'une culture commune (Partager une vision globale, positive et humaniste de la santé)</li> <li>• Coordonner les différentes interventions, améliorer la répartition géographique</li> <li>• Organiser l'offre de soins</li> <li>• Améliorer le lien ville – hôpital</li> <li>• Soutenir les projets partenariaux</li> <li>• Créer une instance de suivi et de mobilisation des financements</li> <li>• Mettre en place un CLSM</li> </ul>
Informier et former les acteurs et actrices	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartographier les acteurs et actrices et les dispositifs</li> <li>• Créer et diffuser un annuaire</li> <li>• Mettre en place un observatoire santé au service des professionnel·les et des populations</li> <li>• Développer une offre de formation adaptée au territoire et à ses besoins</li> <li>• Soutenir l'observance thérapeutique comme mode d'action des acteurs et actrices (financement notamment)</li> <li>• Observer et partager les expérimentations (locales, nationales, internationales)</li> <li>• Mettre en place des rencontres thématiques, des séances d'échanges de pratiques</li> <li>• Sensibiliser et former les élu·es, les institutions, les agents</li> <li>• Sensibiliser et former les acteurs et actrices à la santé mentale, aux enjeux environnementaux, à la spécificité des publics, à l'approche systématique des situations des publics fragiles, à la santé communautaire</li> <li>• Création de lieux ressources</li> </ul>
Favoriser l'accès aux droits et aux soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir la littératie en santé / Adapter l'information et les messages en fonction des spécificités des publics</li> <li>• Développer l'aller vers</li> <li>• Mettre en place des guichets uniques de proximité</li> <li>• Développer la médiation</li> <li>• Augmenter la lisibilité des dispositifs existants</li> <li>• Lutter contre le non recours</li> <li>• Lever les freins financiers (fond d'aide, soins gratuits, etc.)</li> </ul>
Améliorer et coordonner les interventions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer l'offre de soins de proximité (Maisons médicales, unités mobiles, etc.)</li> <li>• Intervenir en proximité en partenariat avec les professionnels de terrain (unités mobiles)</li> <li>• Soutenir l'offre de soins coordonnée</li> <li>• Développer la médiation</li> <li>• Coordonner les différentes interventions</li> <li>• Mettre en place des parcours d'accompagnement globaux</li> <li>• Faciliter et généraliser l'utilisation du Dossier Médical Partagé</li> <li>• Inclure le bénéficiaire à toutes les étapes de son parcours</li> <li>• Adapter les parcours aux spécificités des publics</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lutter contre les ruptures de parcours</li> <li>• Soutenir l'éducation thérapeutique des patients</li> <li>• Développer l'innovation</li> <li>• Développer le numérique en santé (e-consultations notamment)</li> </ul>
<b>Rendre les publics acteurs et actrices de leur santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer les actions de promotion de la santé et d'éducation pour la santé</li> <li>• Co-construire les dispositifs et les actions avec les publics : les associer à toutes les étapes des projets (diagnostic, priorisation, animation, évaluation, etc.)</li> <li>• Favoriser la participation des populations dans les espaces de concertation</li> <li>• Favoriser l'inclusion en tenant compte des situations spécifiques</li> <li>• Valoriser les pairs aidants, les soutenir et leur donner la parole</li> <li>• Développer et coordonner des supports de soutien à l'inclusion en proximité, dans la cité (GEM / lieux d'accueil / projets de rétablissement / sport adapté, etc.)</li> <li>• Développer les actions de prévention dès le plus jeune âge</li> <li>• Développer les actions d'éducation par les pairs</li> </ul>
<b>Développer la prévention et le dépistage</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en place de grandes campagnes de dépistage thématiques sur la ville (multi partenariales)</li> <li>• Faciliter le repérage précoce</li> <li>• Développer les campagnes de dépistage de proximité</li> <li>• Développer les consultations de proximité</li> </ul>
<b>Agir sur les déterminants de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favoriser l'accès des publics à une alimentation saine</li> <li>• Soutenir l'offre alimentaire de qualité</li> <li>• Favoriser et soutenir l'accès à la nature en milieu urbain</li> <li>• Favoriser les modes de déplacement favorables à la santé</li> <li>• Améliorer les logements, en faciliter l'accès, développer des logements adaptés et de qualité et développer l'hébergement d'urgence.</li> <li>• Améliorer les lieux de vie</li> <li>• Systématiser les évaluations d'impact en santé dans l'élaboration des politiques d'aménagement</li> </ul>

### Dynamiques partenariales

A 99 % favorables au développement du travail en réseau, les acteurs et actrices concernés souhaitent, d'une façon générale, solidifier les liens entre les secteurs du médical - sanitaire, du social - médico-social, de la prévention - éducation pour la santé et de l'insertion sociale – professionnelle pour permettre de :

- Articuler les interventions et les actions (67,8 %)
- Améliorer la coordination des parcours (67,8 %)
- Développer les compétences (54,5 %)

Toujours pour 99 % d'entre eux, le Contrat Local de Santé incarne l'outil qui soutiendra et permettra la mise en réseau.

### Contrat local de santé

Si le CLS doit permettre de « définir un projet pilote et expérimental en santé, novateur et dynamique sur la ville avec des actions concrètes et transversales, multi partenariales », il doit être en priorité un outil collectif. C'est un outil repère, une référence porteuse d'orientations ambitieuses, claires et partagées.

- **Outil de mise en réseau et de coordination intersectorielle**

Le CLS est aussi un outil au service d'une meilleure coordination des acteurs et actrices et de leurs actions, il doit mettre en place et animer la mise en réseau au service de l'interconnaissance, de la fluidité des orientations afin de lever les freins à l'accès aux soins.

De ce point de vue, il est considéré également comme l'espace de concertation et d'échanges avec les partenaires institutionnels, les directions de l'Etat (ARS Occitanie notamment) et les collectivités locales concernées. Certain-es précisent également que cet espace devrait permettre le développement du lien entre médecine de ville et médecine hospitalière et plus globalement d'envisager les questions de santé dans une approche plus globale voire « hors les murs ».

Certain-es proposent que le CLS soutienne la mise en place d'instances de démocratie sanitaire.

- **Outil de valorisation et communication.**

Les acteurs et actrices souhaitent également que le CLS soit un outil de promotion des actions et des compétences.

Afin de permettre aux populations de mieux identifier les acteurs et actrices et les actions, le CLS pourrait accompagner le développement d'une communication pertinente.

Cela doit également permettre d'identifier et de mobiliser plus rapidement les ressources et les compétences du territoire.

- **Outil de soutien aux projets locaux**

Accompagner méthodologiquement les porteurs de projets, contribuer à l'obtention de soutiens financiers pérennes sont des attentes fortes notamment au service de projets co-construits.

- **Outil au service du terrain**

Pour ce faire, le CLS devra s'appuyer sur l'existant, le développer et contribuer à un meilleur maillage territorial des actions mises en place.

Il pourrait favoriser la mobilisation des populations autour d'actions d'éducation mais aussi de prévention afin de contribuer à les rendre acteurs et actrices de leur santé.

**LA MAJORITE DES ACTEURS ET ACTRICES SOUHAITE QUE LE CLS CONSTITUE UN OUTIL SOUPLE, DYNAMIQUE ET CONCRET.**

# Annexes

- 1- Sigles et acronymes
- 2- Nom et qualité des personnes interrogées lors d'entretiens individuels
- 3- Questionnaires à destination des professionnel·les et acteurs et actrices concerné·es
- 4- Résultats au questionnaire professionnel·les, acteurs et actrices concerné·es
- 5- Questionnaire à destination de la population (consultation citoyenne)
- 6- Résultats de la consultation citoyenne

# 1 SIGLES ET ACRONYMES

<b>A2FM</b>	Association Fédérale pour la Formation des Médecins
<b>AAPML</b>	Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux
<b>ADAPEI</b>	Association Départementale des Associations et Amis d'Enfants Inadaptés
<b>ADIL</b>	Association Départementale d'Information sur le Logement
<b>ADMS</b>	Association Dépistage des Maladies du Sein
<b>AEM</b>	Agence Européenne du Médicament
<b>AME</b>	Aide Médicale de l'Etat (personne situation irrégulière)
<b>AMU</b>	Aide Médicale d'Urgence
<b>ANAP</b>	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médicaux-sociaux
<b>ANPAA</b>	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
<b>CAARUD</b>	centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
<b>CADA</b>	Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile
<b>CDS</b>	Centre de Santé
<b>CESF</b>	Conseiller en Économie Sociale et Familiale
<b>CH</b>	Centre Hospitalier
<b>CHG</b>	Centre Hospitalier Général
<b>CHR</b>	Centre Hospitalier Régional
<b>CHRS</b>	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
<b>CHT</b>	Communauté Hospitalière de Territoire
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CLSM</b>	Conseil Local de Santé Mentale
<b>CMH</b>	Coordination Médicale Hospitalière
<b>CMP</b>	Centre médico-psychologique
<b>CMPP</b>	Centre médico-psychologique pédagogique
<b>CMS</b>	Centre médico-social
<b>CPT</b>	Communauté Psychiatrique de Territoire
<b>CPTS</b>	Communauté Professionnelle de Territoire de Santé
<b>CRP</b>	Centres de Rééducation Professionnelle
<b>CSAPA</b>	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
<b>CSS</b>	Complémentaire Santé Solidaire
<b>DRAJES</b>	Délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et aux sports
<b>DSP</b>	Direction de la Santé Publique
<b>EPH</b>	Établissement Public Hospitalier
<b>ESAT</b>	Établissements et Services d'Aide par le Travail
<b>ESMS</b>	Établissements et Services Médico-Sociaux
<b>ESP</b>	Établissement de Santé Publique
<b>IME</b>	Institut Médico Educatif
<b>INPES</b>	Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
<b>INSERM</b>	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
<b>ITEP</b>	Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
<b>MAIA</b>	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades Alzheimer
<b>MDA/MDPH</b>	maison départementale de l'autonomie/maison départementale des personnes handicapées
<b>MECSS</b>	Mission d'Évaluation et de Contrôle des lois de financement de la Sécurité Sociale
<b>MILDECA</b>	Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives

<b>MSP</b>	Maison de Santé Pluri professionnelle
<b>PAERPA</b>	Parcours de santé des aînés
<b>PNSE</b>	Plan National Santé Environnement
<b>PPS</b>	Programme Personnalisé de Soins
<b>PRE</b>	Programme de Réussite Educative
<b>PRSE</b>	Plan Régional Santé Environnement
<b>PSPH</b>	Établissement privé Participant au Service Public Hospitalier
<b>PTA</b>	Plateforme Territoriale d'Appui
<b>PTOS</b>	Projet Territorial de l'Offre de Soins
<b>PTSM</b>	Projet Territorial en Santé Mentale
<b>QPV</b>	Quartier prioritaire de la Politique de la Ville
<b>RSPS</b>	Réseau Social des Professionnels de Santé
<b>RSS</b>	Réseau Santé Social
<b>SAMSAH</b>	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
<b>SAMU</b>	Service d'Aide Médicale Urgente
<b>SAVS</b>	Service d'accompagnement à la vie sociale
<b>SDIS</b>	Service Départemental d'Incendie et de Secours
<b>SESSAD</b>	Service d'Éducation Spécialisée et de Soins À Domicile
<b>SESSAD</b>	Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile
<b>SIOS</b>	Schéma Interrégional d'Organisation Sanitaire
<b>SISM</b>	Semaines d'Informations sur la Santé Mentale
<b>SROMS</b>	Schéma Régional d'Organisation Médico-Social
<b>SROS</b>	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
<b>SROSS</b>	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Social
<b>SRS</b>	Schéma Régional de Santé
<b>UNAFAM</b>	Union Nationale d'Amis et de FAMILLES de personnes Malades et/ou handicapées psychiques
<b>UNAPEI</b>	Union Nationale des Associations de parents de Personnes handicapées mentales et de leurs amis
<b>UNPS</b>	Union Nationale des Professionnels de Santé
<b>URPS</b>	Union Régionale de Professionnels de Santé

## 2 NOM ET QUALITÉ DES PERSONNES INTERROGÉES LORS D'ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

Dr Antoine AVIGNON (Médecin Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie, Maladies Métaboliques au CHU de Montpellier)

Mme Christelle BECHARD (Directrice de la Clinique du Millénaire)

M. M'Hamed BELHANDOUZ (Directeur du CCAS de la Ville de Montpellier)

Mme Caroline BERTHET (Directrice de la Clinique Beau soleil)

Mme Fatima BOUGHAF (Directrice Plateforme Territoriale d'Appui)

Dr Philippe COURTET (Psychiatre au CHU de Montpellier)

Dr Xavier DE LA TRIBONNIERE (Médecin responsable de l'Unité Transversale d'Education thérapeutique pour le Patient au CHU de Montpellier)

Dr Helene DONNADIEU RIGOLE (Médecin spécialiste en addictologie au CHU de Montpellier)

M. Jérôme DUBREUIL (Responsable habitat, espaces clos et risques industriels, Unité prévention et promotion de la santé environnementale DD 34 ARS – Santé environnement)

M. Christophe EVRARD (Maître de conférences en Géographie à l'Université Montpellier 3)

Dr Nicolas GIRAUDEAU (Chirurgien-dentiste au CHU de Montpellier)

Dr Alain MAKINSON (Médecin infectiologue, Maladies infectieuses et tropicale au CHU de Montpellier)

Mme Claire MARGARIT (Directrice de la Clinique Clémentville)

Mme Pascale MOSCHETTI (Directrice de la Polyclinique St-Roch)

Dr Philippe TRICHARD (Médecin Généraliste)

Pr Georges-Philippe PAGEAU (Responsable du service Hépatogastro-entérologie au CHU de Montpellier)

Dr Nicolas RAINTEAU (Psychiatre au CHU de Montpellier)

Mme Christine RICOUX (Cheffe de service santé environnement DD 34 ARS – Santé environnement)

M. Olivier TOMA (Fondateur de Primum Non Nocere)

M. Marc YCHOU (Directeur de l'Institut de Cancérologie de Montpellier)

Mme Betty ZUMBO (Directrice du Service Communal Hygiène et Santé de la Ville de Montpellier)



### 3 QUESTIONNAIRES À DESTINATION DES PROFESSIONNEL·LES, ACTEURS ET ACTRICES CONCERNÉ·ES

#### Ville de Montpellier – Diagnostic Territorial de Santé partagé Questionnaire à destination des professionnels du territoire

*Les réponses sont anonymes et les données personnelles recueillies via ce questionnaire sont traitées sur la base de votre consentement. Confidentielles, elles seront transmises aux seules personnes habilitées et seront conservées pendant quatre mois, jusqu'à la production finale du diagnostic territorial de santé. Elles ne seront en aucun cas utilisées à des fins commerciales. Vous disposez également d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement de vos données. Nous restons à votre disposition.*

Quelle est votre profession ?

---

- Professionnel de santé
- Professionnel du social
- Professionnel du médico-social
- Professionnel de l'enseignement
- Professionnel du socio-culturel
- Professionnel de l'insertion
- Professionnel de l'éducation / promotion de la santé
- Professionnel de l'éducation à l'environnement
- Autre (merci de préciser)

Vous êtes :

---

- Médecin
- Chirurgien - dentiste
- Masseur - kinésithérapeute
- Infirmier.ère
- Maïeuticien.ne
- Pharmacien.ne

Autre (merci de préciser)

---

- Chirurgien
- Cardiologue
- Ophtalmologue
- Gastro-entérologue
- Gynécologue
- Psychiatre - Pédopsychiatre
- Otorhinolaryngologue
- Dermatologue
- Allergologue
- Addictologue
- Généraliste
- Autre (merci de préciser)

Dans quel type de structure intervenez-vous ?

---

- Association spécialisée en santé publique (promotion de la santé, prévention, éducation pour la santé, etc.)
- Association de patients ou d'usagers / de représentants d'usagers
- Autre association
- Etablissement ou service médico-social
- Etablissement ou service social
- Collectivité territoriale
- Services de l'Etat et établissement public administratif (DDETS, DSDEN, etc.)
- Organisme de sécurité sociale (Assurance maladie, CAF, etc.)
- Etablissement de santé

- Cabinet libéral médical ou paramédical (médicaux/paramédicaux)
- Réseau de santé (coordination de la prise en charge des patients)
- Maison de santé pluridisciplinaire
- Organisme de médecine du travail
- Autre

Quelles sont les principales activités / missions de votre structure ?

---

Auprès de quels publics intervenez-vous (4 réponses maximum) ?

---

- Public généraliste / tout public
- Personnes en situation de vulnérabilité sociale
- Personnes atteintes de maladies chroniques
- Personnes exposées à des facteurs de risques environnementaux
- Professionnels (y compris futurs professionnels, bénévoles, ...)
- Personnes en situation de handicap
- Personnes sans droits ouverts
- Etudiants / scolaires
- Public communautaire
- Autre (merci de préciser)

Dans quelles catégories d'âge se situent vos publics (3 réponses maximum) ?

---

- Petite enfance
- Enfance
- Adolescence
- Jeune adulte
- Adulte
- Séniors
- Toutes catégories d'âge

*Les quartiers dits « prioritaires » (QPV) sont les territoires où s'applique la politique de la ville qui vise à compenser les écarts de niveau de vie avec le reste du territoire. Les territoires retenus sont ceux où le revenu par habitant est inférieur à 60 % du revenu médian national. Il y a 12 QPV à Montpellier.*

Exercez-vous toute ou partie de votre activité sur un ou plusieurs Quartiers Prioritaires de la Ville de Montpellier ?

---

- Oui
  - Non
- 
- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si oui, lesquels ?</li> <li>• Aiguelongue</li> <li>• Celleneuve</li> <li>• Cévennes</li> <li>• Figuerolles</li> <li>• Gély</li> <li>• Lemasson</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mosson</li> <li>• Pas du Loup Val de Croze</li> <li>• Petit Bard Pergola</li> <li>• Pompignane</li> <li>• Près d'Arènes</li> <li>• Vert-Bois</li> <li>• Tous les</li> </ul> |
|--|--|

### Etat de santé des populations

Globalement, comment qualifieriez-vous l'état de santé général des montpelliérains ?

---

En tant qu'acteurs.trices du soin, quelles sont les trois catégories de pathologie/maladie que vous rencontrez le plus souvent chez les publics que vous accompagnez (3 réponses maximum) ?

---

- Maladie infectieuses et/ou parasitaires
- Tumeurs
- Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques

- Troubles mentaux et du comportement
- Maladies de l'appareil circulatoire
- Maladies de l'appareil respiratoire
- Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes
- Autre (merci de préciser)

Selon vous, quelles sont les raisons qui expliquent la prévalence de ces pathologies / maladies ?

---

Avez-vous quelque chose à ajouter, préciser (non obligatoire) ?

---

### Préoccupations des publics

Selon vous, qu'est-ce qui est prioritaire pour les publics que vous accompagnez ? (Merci de classer les thèmes suivants par ordre de priorité, 1 étant le plus prioritaire)

---

- Logement
- Cadre de vie
- Famille
- Education
- Travail
- Accès aux services de santé

Selon vous, parmi les thèmes suivants, quels sont ceux qui préoccupent le plus les publics que vous accompagnez (5 thèmes maximum) ?

---

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les accidents de la route et de la vie courante</li> <li>• Les problématiques alimentaires</li> <li>• Les accidents vasculaires et cérébraux</li> <li>• La santé mentale</li> <li>• Les épidémies</li> <li>• Les addictions</li> <li>• Les risques liés à l'environnement</li> <li>• Les cancers</li> <li>• Les maladies chroniques</li> <li>•</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les problématiques liées à la vie affective et sexuelle</li> <li>• La santé des jeunes enfants</li> <li>• La santé orale</li> <li>• Les problématiques liées au dépistage</li> <li>• Les handicaps</li> <li>• La dépendance</li> <li>• Autre (merci de préciser)</li> </ul> |
|--|--|

Les publics que vous accompagnez ont-ils accès à des actions de prévention et/ou d'éducation pour la santé?

---

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

Si oui, merci de préciser dans quels domaines (5 réponses maximum).

---

- Addictions
- Activités physiques et sportives
- Cancer
- Maladies chroniques (diabète..)
- Nutrition
- Santé au travail (risques professionnels)
- Santé bucco-dentaire
- Vie affective et sexuelle
- Tous les domaines cités
- Autre (merci de préciser)

Avez-vous quelque chose à ajouter, préciser (non obligatoire) ?

---

### Accès aux soins

Comment estimez-vous l'accès aux soins sur la ville de Montpellier ?

---

Les publics que vous accompagnez rencontrent-ils des difficultés pour accéder aux soins ?

---

- Oui
- Non

Si oui, merci de préciser le type de difficultés (3 réponses maximum).

---

- Problème de remboursement
- Problème de transport
- Problème de langue
- Difficulté liée aux pratiques communautaires
- Problème dans la prise de rendez-vous
- Ne sait pas à qui s'adresser
- Problème de droits sécurité sociale
- Difficulté d'accès aux outils numériques
- Problème d'accessibilité (personne à mobilité réduite)
- Autre

Plus globalement, identifiez-vous une ou plusieurs catégories de publics ayant des difficultés à accéder aux soins (4 réponses maximum) ?

---

- |  |  |
|--|--|
| • Enfants / adolescents                                | • Sans-abri  |
| • Etudiants  | • LGBTQIA  |
| • Adultes  | • Personnes souffrant de problème de santé mentale |
| • Personnes âgées                                      | • Parents isolés                                   |
| • Personnes en situation de handicap                   | • Autre (merci de préciser)                        |
| • Personnes en situation de précarité                  |  |
| • Personnes migrantes, réfugiées ou en demande d'asile |  |

Comment expliquez-vous ces difficultés (non obligatoire) ?

---

Selon vous, qu'est-ce qui devrait être prioritairement mis en place pour favoriser l'accès aux soins des publics que vous accompagnez ? (Merci de classer les propositions suivantes par ordre de priorité, 1 étant le plus prioritaire)

---

- Améliorer la coordination des parcours de soins
- Développer l'offre de soin de proximité
- Améliorer l'information et les conseils en matière de prévention et d'éducation pour la santé
- Développer les actions de médiation santé
- Lever les obstacles administratifs et/ou financiers

Avez-vous quelque chose à ajouter, préciser (non obligatoire) ?

---

### Travail en réseau

Comment estimez-vous le travail en réseau sur le territoire montpelliérain ?

---

D'un point de vue opérationnel, avec quel(s) acteur(s) travaillez-vous (5 réponses maximum) ?

---

- Médical - Sanitaire
- Prévention - Education pour la santé
- Social, médico-social
- Insertion sociale - professionnelle
- Aucun
- Autre (merci de préciser)

Selon vous, est-il pertinent de développer le travail en réseau ?

---

- Oui
- Non

Si oui, dans quels objectifs (3 réponses maximum)?

---

- Développer les compétences (formation, échanges de pratiques, etc.)
- Favoriser les projets collectifs
- Articuler les interventions et les actions
- Améliorer la coordination des parcours
- Développer l'interconnaissance et l'acculturation
- Autre (merci de préciser)

Avez-vous quelque chose à ajouter, préciser (non obligatoire)

---

*Le Contrat Local de Santé (CLS) C'est l'instrument de la consolidation du partenariat local sur les questions de santé. Le CLS a pour objectif de soutenir des dynamiques locales de santé sur des territoires de proximité. Il incarne une dimension intersectorielle de la politique territoriale de santé dans le but de favoriser l'amélioration des contextes environnementaux et sociaux qui déterminent, à plus ou moins long terme, l'état de santé des populations au niveau local ; l'accès des personnes, notamment « démunies », aux soins, aux services, et à la prévention ; La promotion et le respect des droits des usagers du système de santé ; Un parcours dans le système de santé efficace et efficient. Il renforce la qualité de la mise en œuvre de la politique de santé au niveau local.*

Plusieurs thématiques de travail ont été identifiées, merci de les classer par ordre de priorité (1 étant la plus prioritaire).

---

- Offre et accès aux soins de premier recours
- Santé mentale
- Prévention et promotion de la santé
- Santé environnementale
- Précarité

En identifiez-vous d'autres (non obligatoire) ?

---

Parmi les propositions suivantes, quels seraient selon vous, les objectifs prioritaires que le CLS devrait poursuivre (3 réponses maximum) ?

---

- Mettre en place un observatoire local de la santé
- Favoriser un accès à une offre de soins de premier recours et de proximité
- Adapter les parcours de soins aux réalités de terrain et à la situation des publics
- Renforcer l'accès aux droits et aux soins des publics vulnérables
- Agir en faveur de la santé des enfants et des jeunes
- Développer les actions de prévention
- Valoriser les actions en santé mentale
- Promouvoir un environnement et des comportements favorables à la santé
- Autre (merci de préciser)

Si vous identifiez des projets et/ou des dynamiques dont le CLS pourrait se saisir, merci de préciser lesquels (non obligatoire) :

---

Quelles seraient vos attentes vis-à-vis du CLS (non obligatoire) ?

---

Sous quelles formes envisageriez-vous de participer aux démarches et dynamiques qui seront mises en place dans le cadre du futur CLS (4 réponses maximum) ?

---

- Participation à des groupes de travail
- Participation à des journées d'échanges, des colloques, etc.
- Réponse à des sollicitations ponctuelles (sondage ou autre)
- Je n'envisage pas de participer aux dynamiques proposées dans le cadre du CLS
- Autre (merci de préciser)

A quel niveau souhaiteriez-vous être informé.e des démarches et dynamiques mises en place dans le cadre du futur CLS (1 réponse attendue)?

---

- Suivi régulier et détaillé de l'avancée de l'ensemble des projets
- Suivi régulier et détaillé de l'avancée d'un ou plusieurs projets spécifiques
- Bilan global et synthétique
- Je ne souhaite pas être tenu informé.e
- Autre (merci de préciser)

A quel rythme souhaiteriez-vous être informé.e (1 réponse attendue) ?

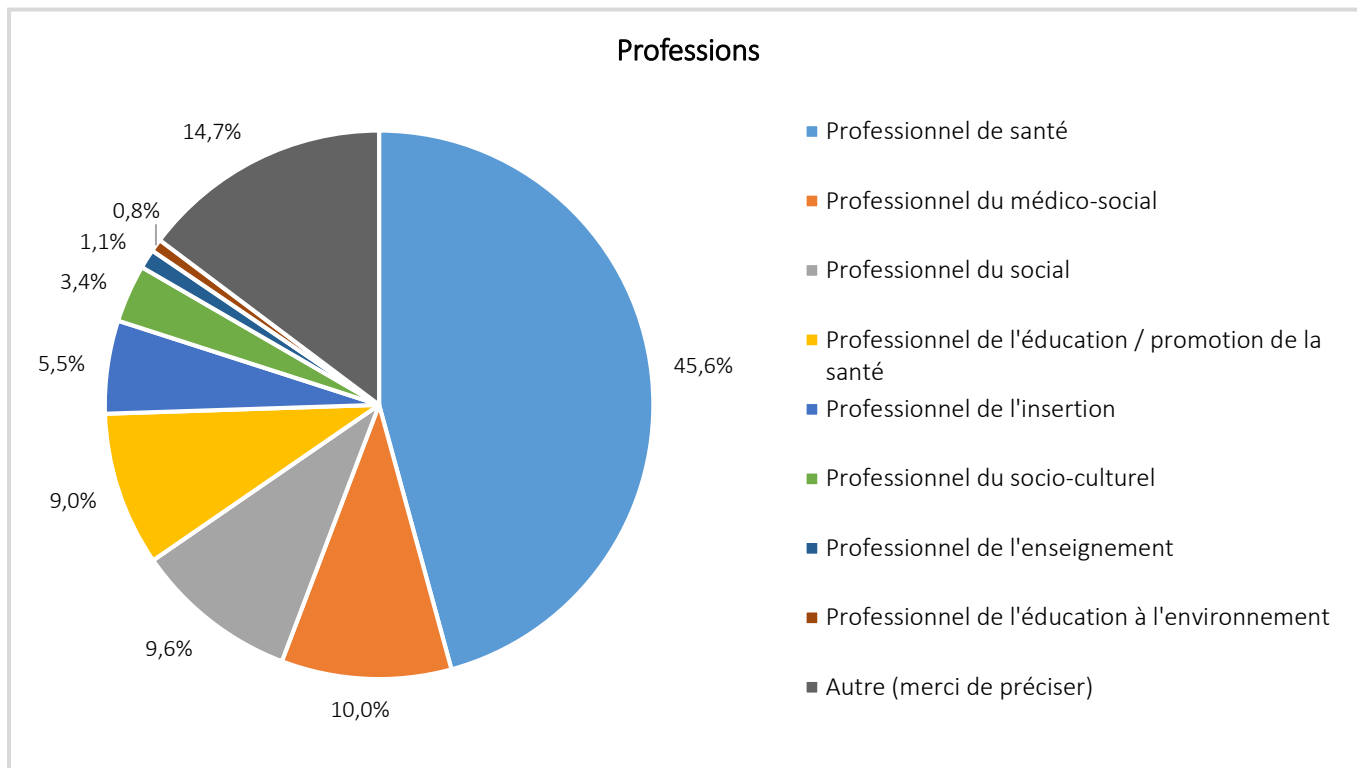
---

- Mensuel
- Trimestriel
- Semestriel
- Annuel

Avez-vous quelque chose à ajouter, préciser (non obligatoire) ?

---

## 4.1 Professions



Près de la moitié sont des professionnel·les de santé (45.6 %), 10 % des professionnel·les du médico-social 9.6 % sont des professionnel·les du social, et 9 % sont des professionnel·les de l'éducation.

Parmi les personnes ayant répondu « autre », on retrouve entre autre 15 bénévoles et 15 psychologues.

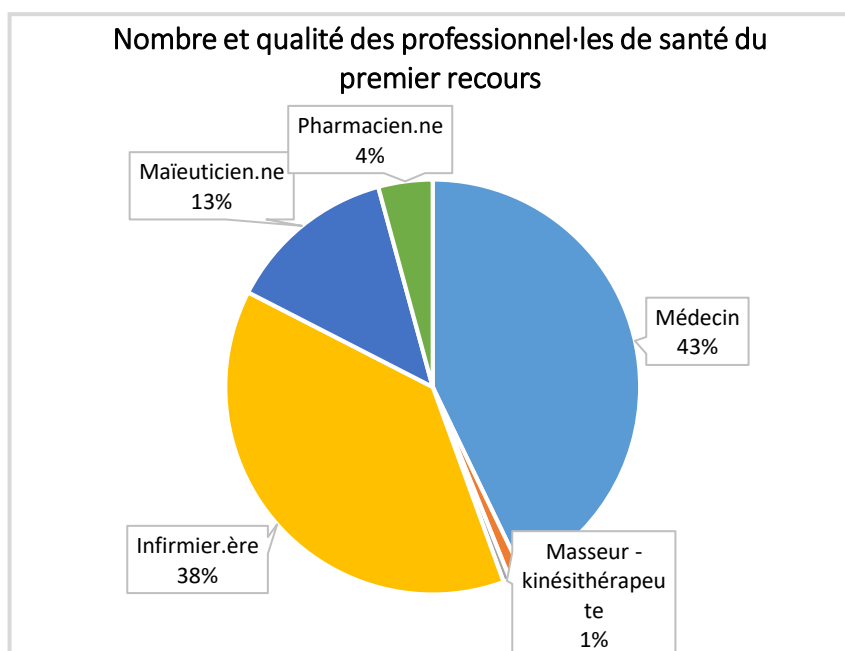
### 4.1.1 Les professionnels de santé

#### Premier recours

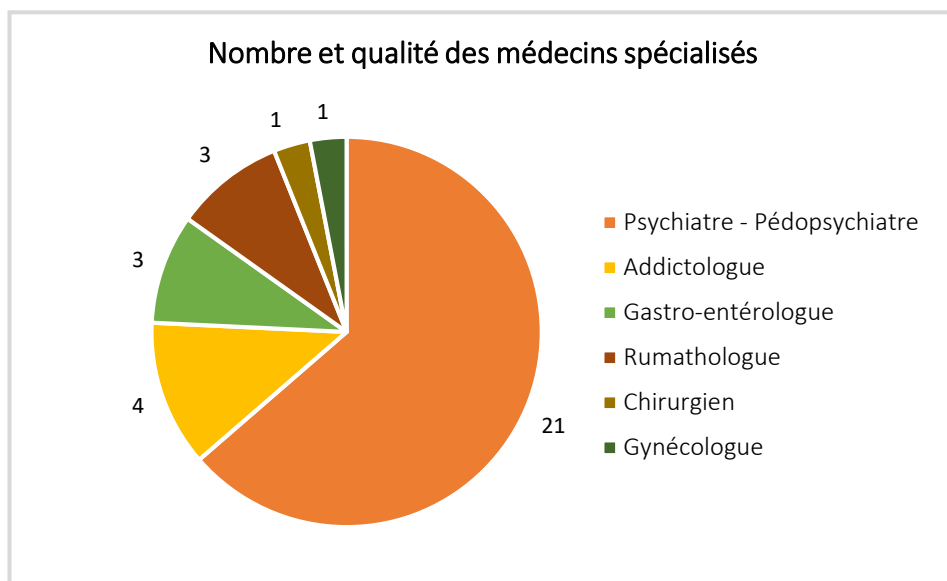
194 professionnels de santé du premier recours ont renseigné l'enquête.

Deux grandes catégories sont représentées :

Les médecins généralistes (dont 4 Pédiatres), 10 médecins du travail, 1 médecin de l'éducation nationale, 1 médecin de médecine préventive des étudiants) et les infirmier.es.



## Médecins spécialisés



33 médecins spécialisés ont renseigné le questionnaire

On notera l'importante proportion des psychiatres et pédopsychiatres.

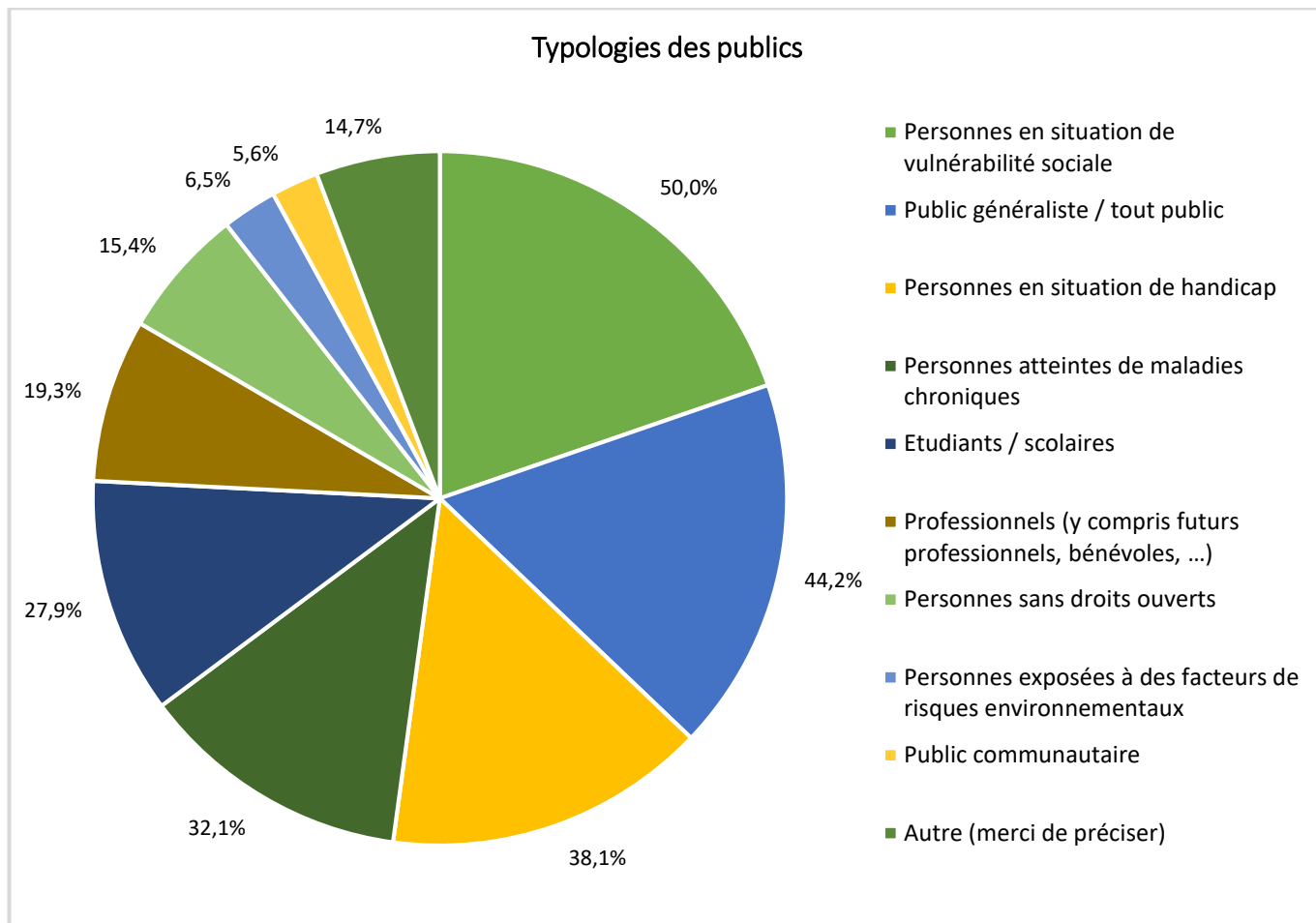
## Activités et publics

Domaines	Activités / Publics
<b>Accompagnement social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées</li> <li>• Etudiant-es</li> <li>• Publics scolaires</li> <li>• Allocataires RSA</li> <li>• Usagers de drogues</li> <li>• Personnes isolées</li> <li>• Personnes en situation de handicap</li>   <li>• Insertion socio-professionnelles</li> <li>• Logement, maintien à domicile</li> <li>• Médiation, orientation</li> <li>• Accueil</li> </ul>
<b>Accompagnement thérapeutique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation thérapeutique Psychiatrie / santé orale / santé sexuelle / addictologie / oncologie / pédiatrie / médecine générale</li> <li>• Soins infirmiers</li> <li>• Prévention</li> </ul>
<b>Education</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Education thérapeutique du patient</li> <li>• Education pour la santé</li> <li>• Education à l'environnement</li> <li>• Enseignement</li> </ul>

La majorité de ces activités sont portées par des associations (36.2 %), des cabinets libéraux (18.3 %), et des établissements de soins (16.9 %).



## Publics accompagnés



En termes de tranches d'âge, les personnes sondées précisent travailler en majorité auprès de publics adultes et jeunes adultes.

### Publics issus des Quartiers Prioritaires

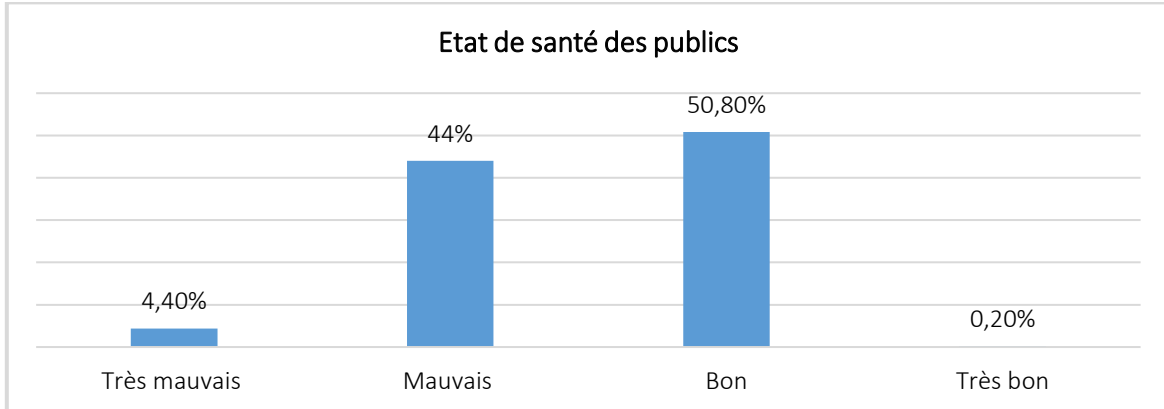
22.6 % des professionnel·les et acteurs et actrices concerné·es précisent exercer toute ou partie de leur activité dans les quartiers prioritaires.

Tous les QP sont « couverts » mais les acteurs et actrices les investissent plus ou moins (31.8 % précisent intervenir sur Mosson et 3.1 % sur Vert-Bois).

## 4.2 Constats concernant les publics (spécificités, difficultés, pathologies et prévalence)

### Etat de santé des publics accompagnés

Les avis sont partagés, 50,8 % des personnes sondées considèrent que l'état de santé des publics est bon et 44 % le considèrent mauvais.



Les trois principales pathologies rencontrées sont :

#### Troubles mentaux et du comportement

- Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques
- Maladies de l'appareil respiratoire

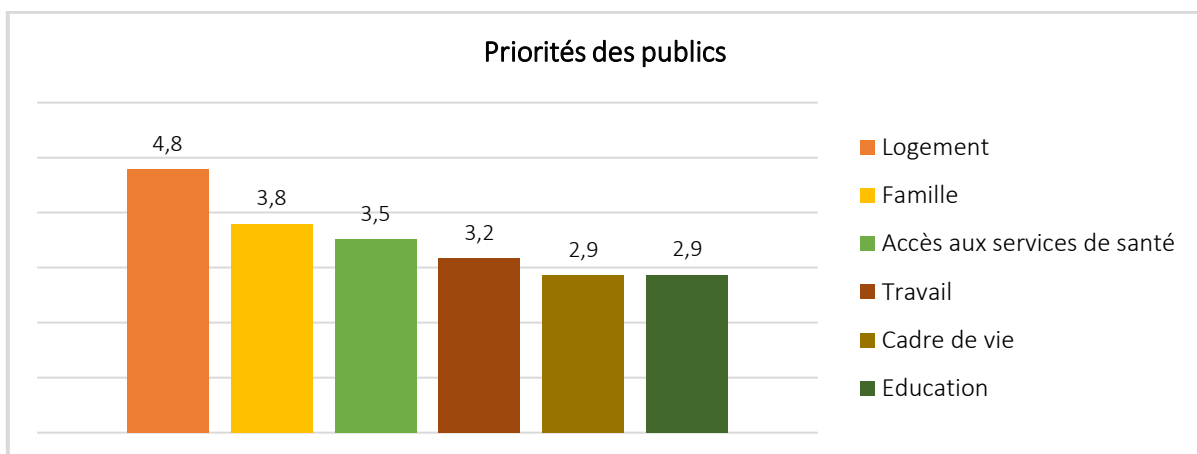
Les « autres » pathologies observées sont :

- Les addictions
- Les troubles anxieux
- Les poly pathologies
- Les troubles neurologiques
- Les problèmes dentaires

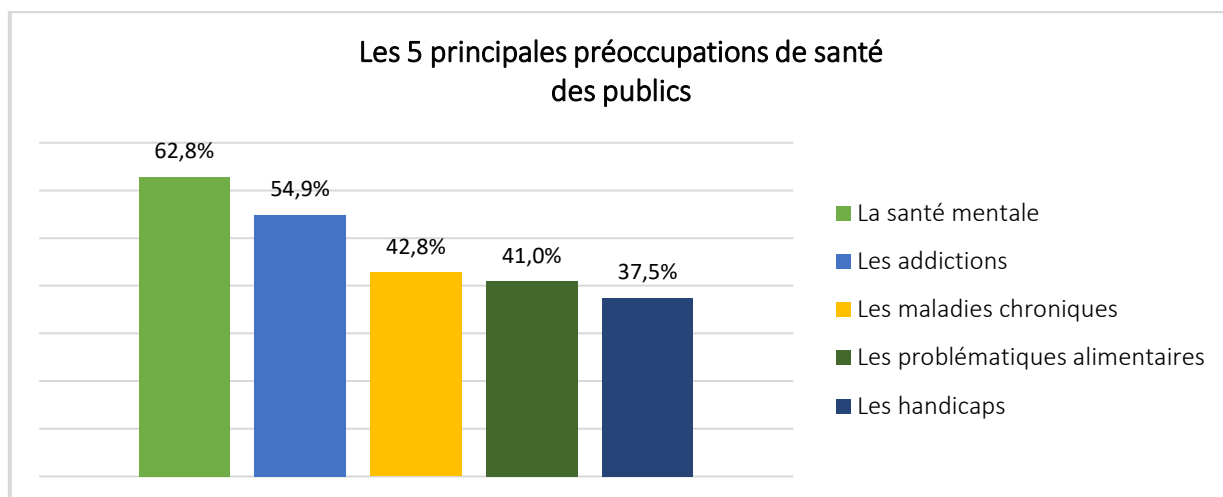
Explications de la prévalence de ces pathologies

Dans une large majorité, les personnes interrogées expliquent de la prévalence de ces pathologies et de ces troubles par la situation et les comportements des individus. En effet, beaucoup évoque les situations de précarité mais aussi l'hygiène de vie. Nombreux sont également ceux qui évoquent la méconnaissance, le manque d'information et les difficultés d'accès aux soins. Les personnes interrogées ont largement évoqué la faiblesse de l'offre de soins de proximité et son manque de visibilité.

Priorités des publics accompagnés sont selon les professionnels interrogés :

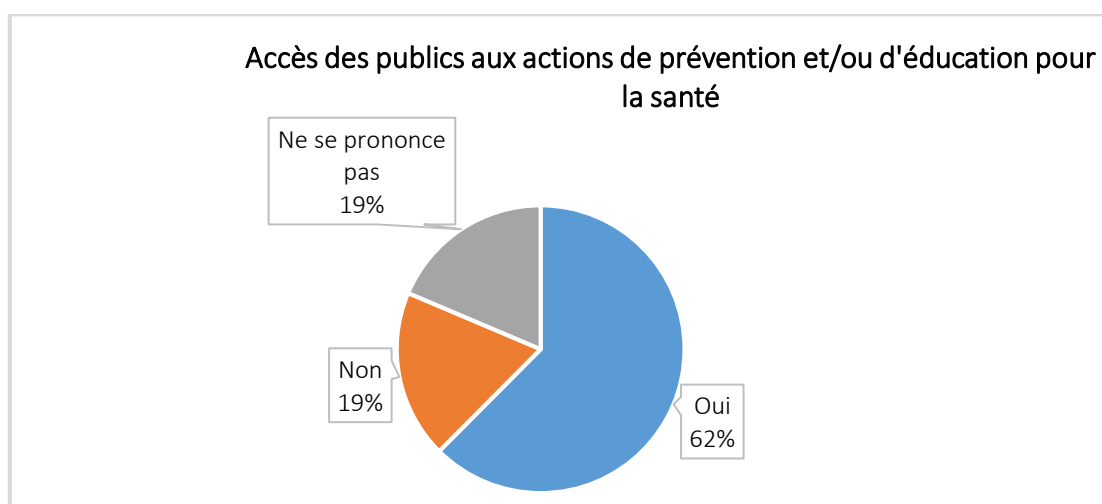


Préoccupations de santé des publics accompagnés selon les professionnels interrogés

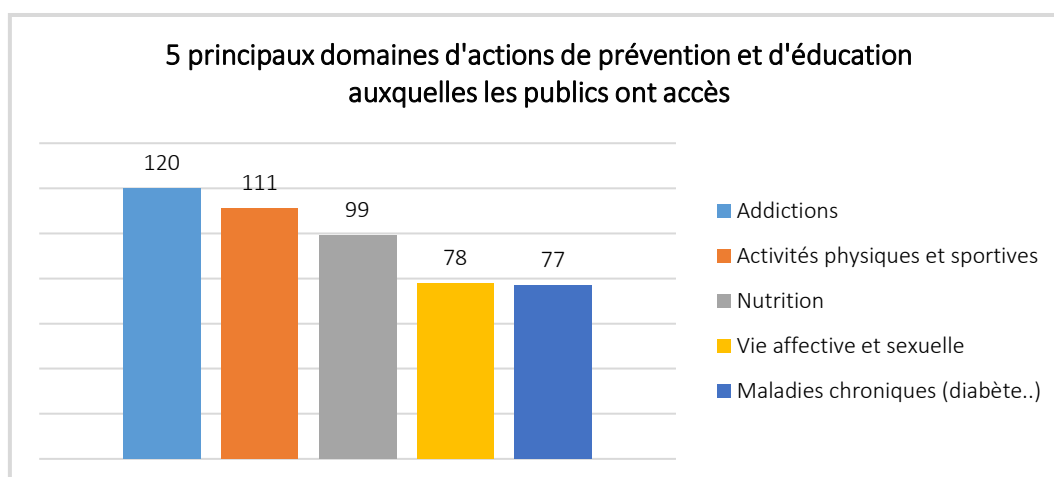


Accès aux actions de prévention et/ou d'éducation pour la santé.

Selon 62 % des professionnel·les, acteurs et actrices interrogé·s les publics qu'ils accompagnent ont accès à des actions de prévention et/ou d'éducation pour la santé.



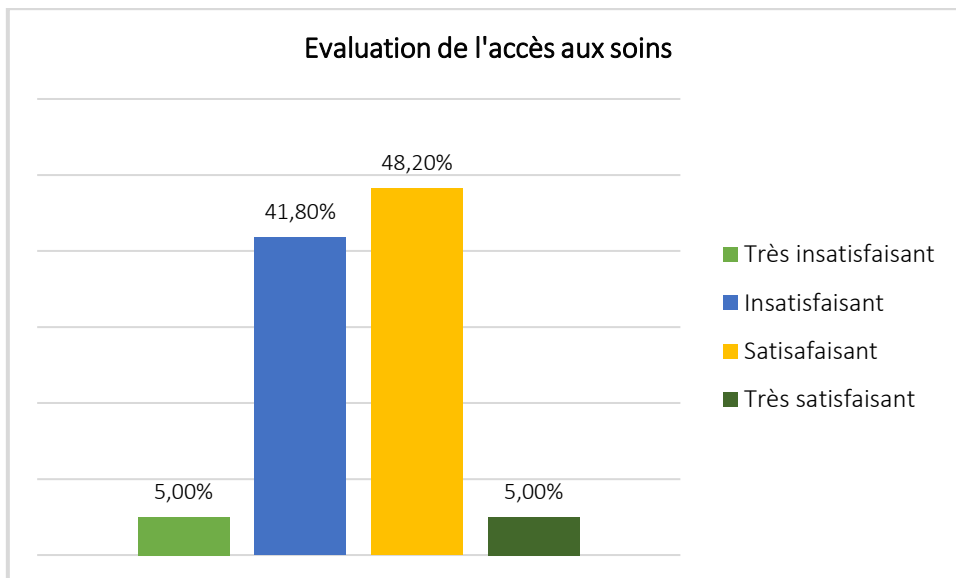
Principaux domaines



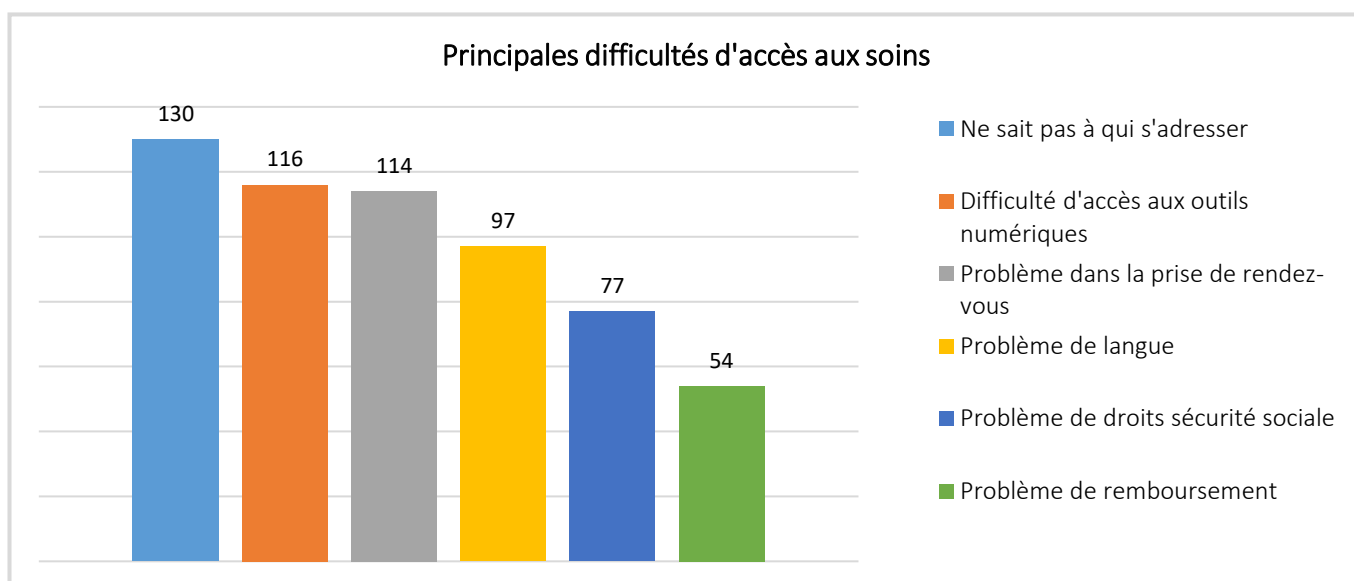
Les personnes sondées déplorent le manque d'informations relatives aux actions de prévention et d'éducation pour la santé. En effet, les acteurs et actrices ne connaissent peu les dispositifs et ne peuvent par conséquent, orienter les publics. Lorsque le dispositif est connu, les publics ne s'en saisissent pas toujours. Il faut développer dès lors des actions de sensibilisation pour permettre d'appréhender l'importance de ces actions au service du mieux-être. D'autres rappellent qu'il serait pertinent de développer l'aller vers ! et les actions de proximité. Plusieurs acteurs et actrices ont rappelé que leurs démarches, leurs protocoles, leurs outils et leurs expériences pouvaient être partagés au service d'autres thématiques.

### Accès aux soins

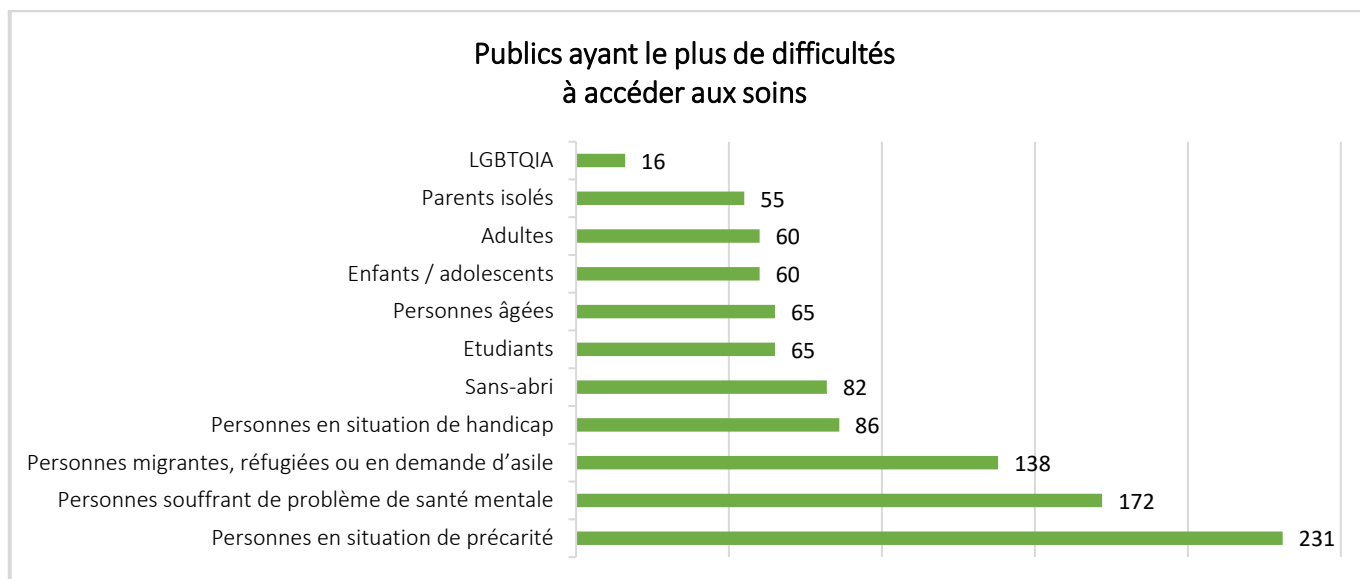
Lorsqu'il s'agit de juger de l'accessibilité aux soins, les réponses sont partagées. En effet, si 48 % des personnes interrogées considèrent que l'accès aux soins sur la ville de Montpellier est satisfaisant, 41,7 % le considèrent insatisfaisant.



Les personnes sondées estiment pour 82 % que les publics qu'ils accompagnent ont des difficultés à accéder aux soins. Les trois principales difficultés d'accès aux soins sont : Ne sais pas à qui s'adresser, difficultés d'accès aux outils numériques et les problèmes dans la prise de rendez-vous.



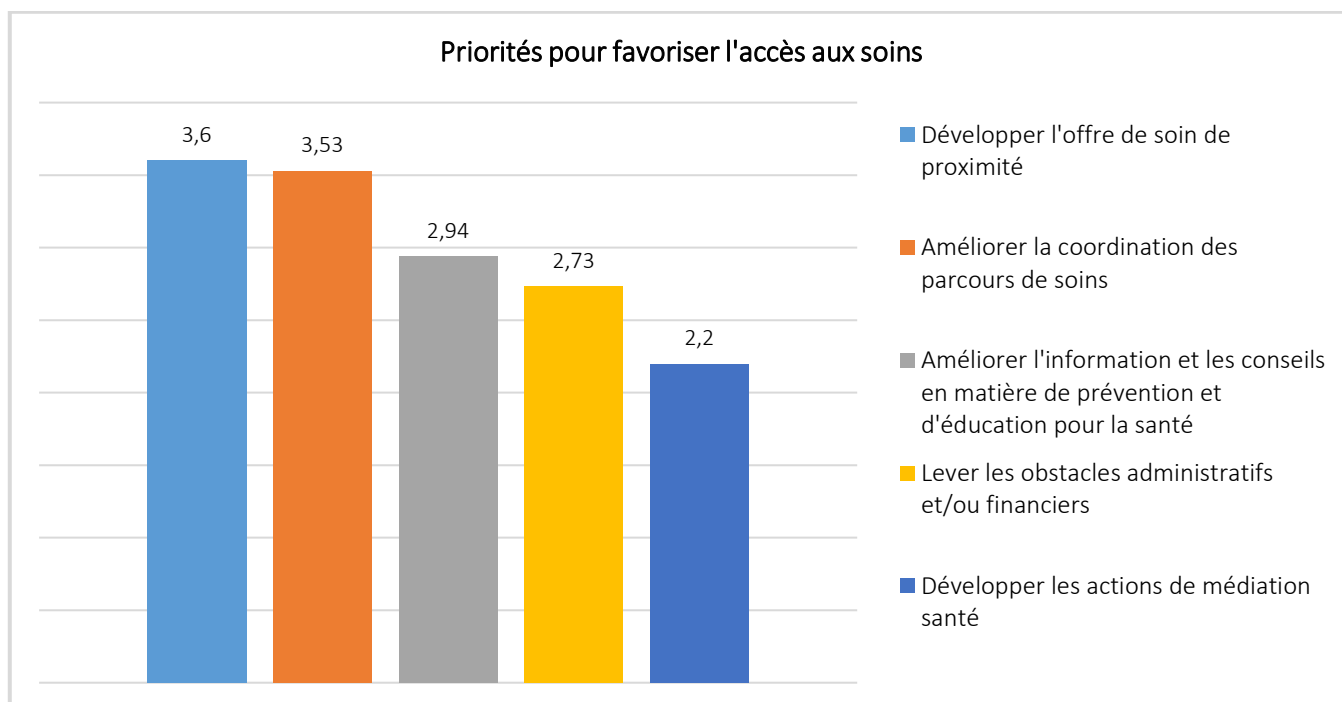
Dans une très large majorité, ce sont les personnes en situation de précarité qui ont le plus de difficultés à accéder aux soins (71.7 % selon les personnes interrogées). Viennent ensuite les personnes souffrant de problème de santé mentale (53.4 %), les personnes migrantes (42.8 %), les sans-abris, les personnes en situation de handicap, les étudiants, et les personnes âgées. Cela s'explique par un manque d'accompagnement et d'orientation mais également par la multiplicité et le cumul des difficultés des publics. L'accès aux soins n'est parfois plus la préoccupation prioritaire de certains publics. Une autre explication rencontre l'adhésion des acteurs, il s'agit de la complexité des administratives des parcours.



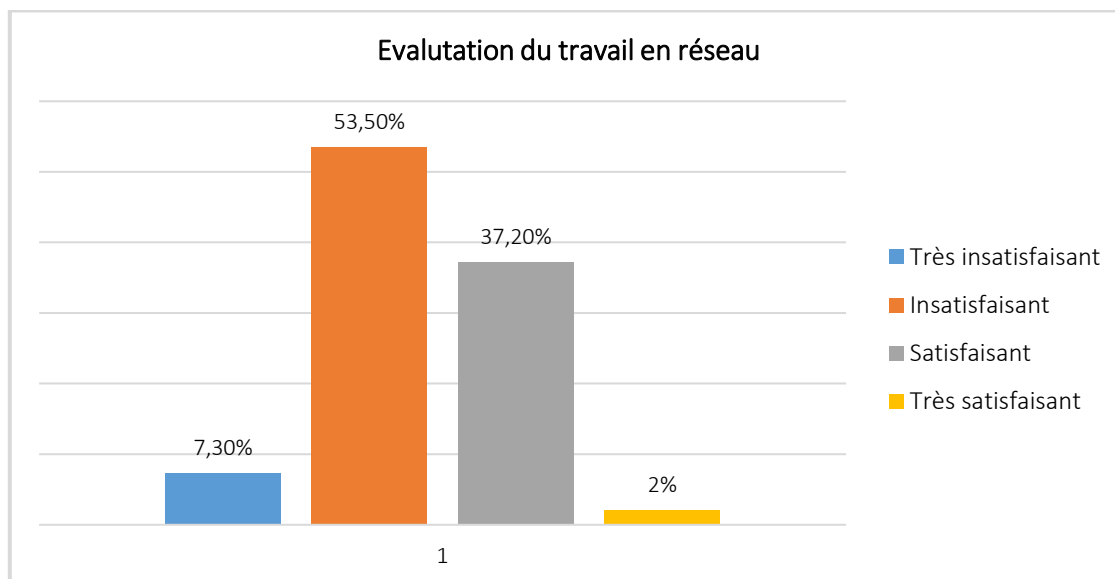
Pour favoriser l'accès aux soins, il faut :

- Développer l'offre de soin de proximité,
- Améliorer la coordination des parcours de soins,
- Améliorer l'information et les conseils en matière de prévention et d'éducation pour la santé.

Cela passe notamment par la mise en place de relais, d'espaces de médiation, par le soutien et l'accompagnement des établissements d'accueil et par des accompagnements personnalisés dans une logique de parcours.



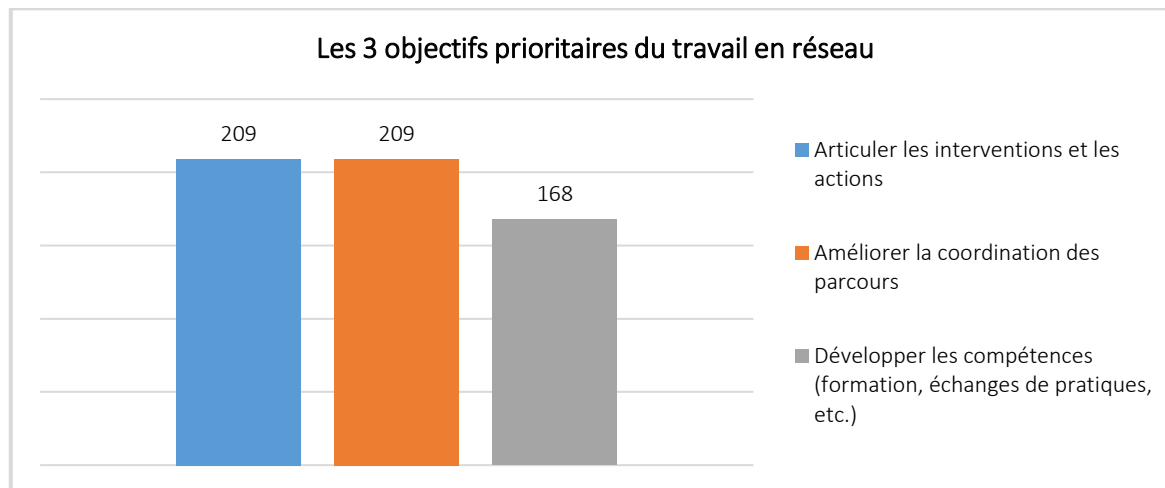
### 4.3 Dynamiques partenariales



53 % des personnes ayant renseigné le questionnaire estiment que les dynamiques partenariales existantes sont insatisfaisantes et 37 % d'entre elles les jugent satisfaisantes.

D'une façon générale, les partenariats se tissent entre les secteurs du médical - Sanitaire, du social - médico-social, de la prévention - Education pour la santé et de l'insertion sociale – professionnelle.

99 % des professionnel·les, acteurs et actrices concerné·es estiment pertinent de développer le travail en réseau. Selon les personnes sondées, il faut soutenir et développer le travail en partenariat afin de :



Cela passe nécessairement par une meilleure interconnaissance soutenue par un développement accru de la visibilité et de la lisibilité des actions mises en place.

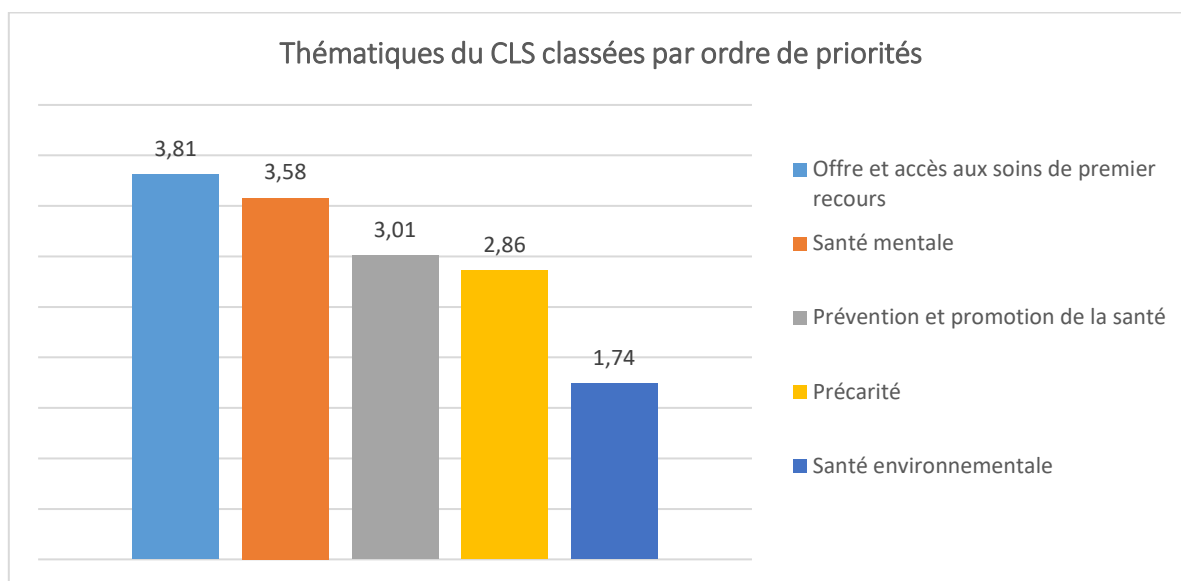
Là encore, certain·es identifient la médiation en santé comme un bon levier afin de soutenir l'autonomie des populations et de les rendre acteurs et actrices de leur propre santé.

Bien que globalement très favorable au développement du travail en réseau, plusieurs acteurs et actrices rappellent que cela nécessite du temps et de l'engagement, il faut également tenir compte des contraintes et des stratégies de chacune des parties concernées.

Nombreuses sont les personnes sondées qui saluent l'initiative visant à mettre en place et à animer un CLS, elles y voient l'outil de mise en réseau et de coordination des différentes interventions thématiques à différentes échelles.

## 4.4 Attentes des professionnels et des bénévoles concernés par le CLS

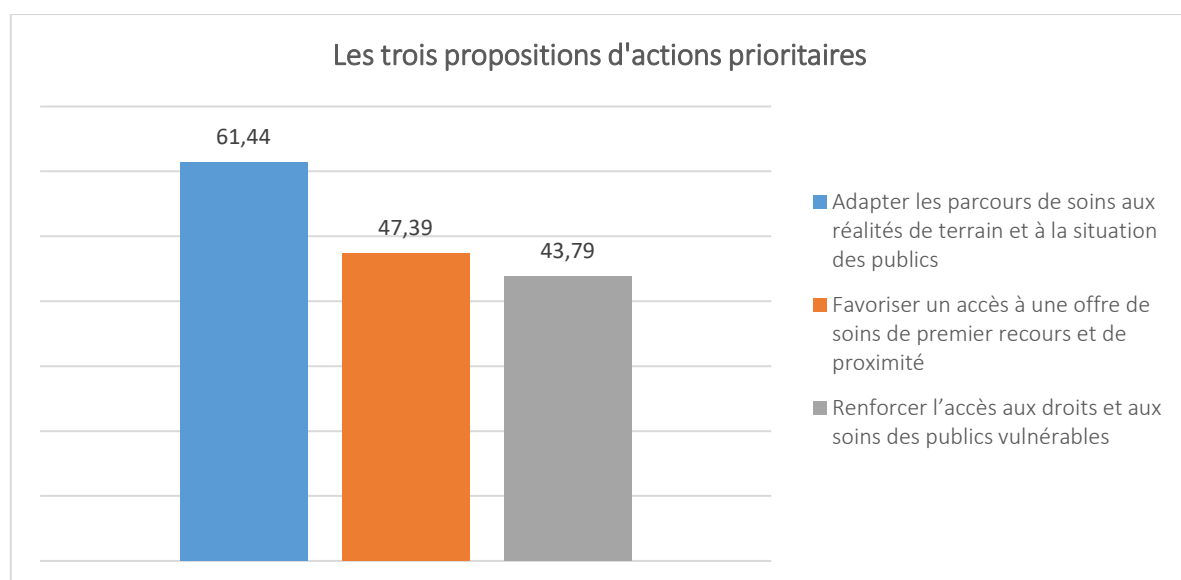
Les trois thématiques prioritaires dont le CLS devra s'emparer sont selon les personnes sondées :



D'autres thématiques ont également été identifiées telles que :

- Valoriser les actions en santé mentale (39,2 %)
- Développer les actions de prévention (34,9 %)
- Promouvoir un environnement et des comportements favorables à la santé (30,3 %)
- Agir en faveur de la santé des enfants et des jeunes (20,6 %)

Propositions d'actions prioritaires :



Les personnes sondées ont évoqué d'autres champs qui mériteraient d'être investis notamment : Le logement, les addictions, l'alimentation, l'environnement, l'offre de soins de proximité.

## 5 QUESTIONNAIRE À DESTINATION DE LA POPULATION (CONSULTATION CITOYENNE)

### Ville de Montpellier – Diagnostic Territorial de Santé partagé Consultation citoyenne

*Les réponses sont anonymes et les données personnelles recueillies via ce questionnaire sont traitées sur la base de votre consentement. Confidentielles, elles seront transmises aux seules personnes habilitées et seront conservées pendant quatre mois, jusqu'à la production finale du diagnostic territorial de santé. Elles ne seront en aucun cas utilisées à des fins commerciales. Vous disposez également d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement de vos données. Nous restons à votre disposition.*

#### **Vous et le soin**

Avez-vous un médecin traitant ?

---

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

Bénéficiez-vous d'une complémentaire santé (mutuelle, prévoyance, assurance, etc.) ?

---

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

Avez-vous consulté un professionnel de santé ces 12 derniers mois ?

---

- Oui
- Non

Si oui, lesquels (5 réponses maximum) ?

---

- Médecin Généraliste
- Chirurgien - dentiste
- Masseur - kinésithérapeute
- Infirmier.e
- Maïeuticien.ne - sage-femme
- Médecin spécialiste
- Autre (merci de préciser)

Merci de préciser (12 réponses maximum)

---

- Chirurgien
- Cardiologue
- Ophtalmologue
- Gastro-entérologue
- Gynécologue
- Psychiatre - Pédiopsychiatre
- Otorhinolaryngologue - ORL
- Dermatologue
- Allergologue
- Addictologue
- Autre (merci de préciser)

Si vous avez réalisé un dépistage au cours des 12 derniers mois (hors test COVID) merci de préciser lequel ou lesquels (5 réponses maximum, non obligatoire).

---

- Cancers du sein, colorectal, du col de l'utérus, etc.
- Risques cardio-vasculaires



- Diabète
- Infections ou maladies sexuellement transmissibles
- Je n'ai pas réalisé de dépistage
- Autre (merci de préciser)

Si vous avez renoncé à des soins au cours de 12 derniers mois, merci de préciser pour quelles raisons (4 réponses maximum) ?

---

- Problèmes de remboursement
- Problèmes de transport
- Problèmes de langue
- Délais d'attente pour un rendez-vous
- Pas de prise en charge sécurité sociale
- Pas de complémentaire santé
- Ne sais pas à qui s'adresser
- Problèmes d'accessibilité (personne à mobilité réduite)
- Difficultés d'accès aux outils numériques
- Autre

A Montpellier, il est facile de se faire soigner ?

---

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

### **Vous, votre santé et votre bien-être**

Comment qualifieriez-vous votre état de santé et de bien-être ?

---

Selon vous qu'est-ce qui est prioritaire pour votre santé et votre bien-être ?

---

- Logement
- Accès aux services de santé
- Cadre de vie
- Famille
- Education
- Travail
- Loisirs

Parmi les thèmes suivants, quels sont ceux qui vous préoccupent le plus (4 thèmes maximum) ?

---

- Problématiques alimentaires (accès, qualité, etc.)
- Les accidents vasculaires et cérébraux (embolie, hémorragie, etc.)
- Les infections et maladies sexuellement transmissibles (hépatites, VIH sida, etc.)
- La santé mentale (maladies, dépression, mal-être)
- Les épidémies (grippes, gastro-enterite, méningite, etc.)
- Les addictions (alcool, tabac, drogue, jeux de hasard et d'argent, jeux vidéo, écrans, etc.)
- Les risques liés à l'environnement (qualité de l'air, de l'eau, des sols, déchets, etc.)
- Les cancers (cancer du sein, cancer des poumons, cancer colorectal, etc.)
- Les maladies chroniques (diabète, asthme, sclérose en plaque, etc.)
- Autre (merci de préciser)

Parmi les éléments suivants, quels sont ceux qui contribuent le plus à améliorer votre état de santé et de bien-être (4 éléments maximum) ?

---

- |  |                              |
|--|------------------------------|
| • Votre alimentation                         | • Votre travail              |
| • Vos moyens de déplacement                  | • Votre éducation            |
| • Votre environnement extérieur              | • Votre hygiène              |
| • Vos loisirs                                | • Vos ressources financières |
| • Votre activité physique                    | • Votre sommeil              |
| • Vos aides sociales (financières, humaines) | • Votre accès aux soins      |

- Votre logement

- Votre entourage

Ces derniers temps, dans quels domaines avez-vous modifié vos comportements pour améliorer votre état de santé et de bien-être (5 réponses maximum) ?

---

- Consommation (tabac, alcool, écrans, etc.)
- Alimentation
- Activité physique
- Sommeil
- Loisirs
- Je n'ai pas modifié mes comportements
- Autre (merci de préciser)

Quels équipements montpelliérains, source d'un meilleur état de santé et de bien-être, utilisez-vous régulièrement (3 réponses maximum) ?

---

- Equipements sportifs
- Aires de jeux et de loisirs
- Parcs et jardins
- Espaces culturels
- Equipements de mobilité urbaine (vélomagg, pistes cyclables, etc.)
- Aucun
- Autre (merci de préciser)

Connaissez-vous les actions de prévention et d'éducation pour la santé mises en place sur la Ville de Montpellier ?

---

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

Si oui, merci de préciser dans quels domaines (5 réponses maximum).

---

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Addictions</li><li>• Vie affective et sexuelle</li><li>• Cancer</li><li>• Maladies chroniques (diabète..)</li><li>• Nutrition</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Activités physiques et sportives</li><li>• Santé bucco-dentaire</li><li>• Santé au travail (risques professionnels)</li><li>• Autre (merci de préciser)</li></ul> |
|---|---|

Si vous le souhaitez, merci de préciser laquelle ou lesquelles (non obligatoire).

---

Merci de classer les affirmations suivantes selon votre priorité de 1 à 5 (1 étant le plus prioritaire et 5 le moins prioritaire)

---

- Il faudrait des médecins à côté de chez moi
- Il faudrait ne pas avoir à avancer les frais de santé
- Il faudrait être mieux informé en matière de santé et de soin
- Il faudrait des délais plus courts pour obtenir un rendez-vous
- Il faudrait que les médecins prennent plus en compte la situation de chacun (croyance, culture, etc.)

Avez-vous des idées, des propositions pour améliorer l'état de santé des habitants de Montpellier (non obligatoire) ?

---

**Vous**

Vous êtes :

---

- Une femme
- Un homme
- Autre

Votre âge

---

- Moins de 15 ans
- De 15 à 24 ans

- De 25 à 44 ans
- De 45 à 59 ans
- De 60 à 74 ans
- 75 ans et plus

Votre situation

---

- Lycéen.ne
- Etudiant
- En apprentissage
- En parcours d'insertion
- Jeune actif
- Collégien.ne
- Autre (merci de préciser)

Vous êtes :

---

- En situation de handicap
- Atteint d'une maladie chronique et/ou durable
- En situation de handicap et atteint d'une maladie chronique et/ou durable
- Ni en situation de handicap, ni atteint d'une maladie chronique et/ou durable

Quel est votre niveau d'étude ?

---

- Sans diplôme
- Brevet des collèges
- CAP-BEP-Brevet d'apprentissage
- Baccalauréat
- Bac + 2
- Bac +3
- Bac + 4
- Bac +5 et plus
- Autre

Vous vivez :

---

- Seul.e
- En couple
- Autre

Vous vivez :

---

- Avec enfant
- Sans enfant

Depuis combien de temps habitez-vous Montpellier ?

---

- Moins de 5 ans
- De 5 à 10 ans
- De 10 à 15 ans
- Plus de 15 ans

Dans quel quartier de la Ville de Montpellier habitez-vous ?

---

- Aiguelongue
- Aiguerelles
- Alco
- Antigone
- Les Arceaux
- Les Aubes
- Les Beaux-Arts
- Boutonnet
- Celleneuve
- La Chamberte
- Estanove
- Figuerolles - Gély
- Gambetta
- Gares
- Grammont
- Haut de Massane
- Lemasson
- Malbosc
- La Martelle
- Le Millénaire
- Odysseum
- La Paillade

- Pas du Loup - Val de Croze
- Petit-Bard - Pergola
- Plan des quatre Seigneurs
- Pompignane
- Saint-Martin
- Tournezy
- Bagatelle
- Centre historique
- Cité Mion
- Comédie
- Estanove
- Euromédecine
- Les Grisettes
- Hauts de Saint-Priest
- Jacques Coeur
- Lepic
- Lironde
- Mas Devron
- Montpellier Village
- Ovalie
- Parc Marianne
- La Rauze
- Restanque
- Richter
- Rive Gauche
- Saint-Clément
- Tastavin
- Vert-Bois
- Croix d'Argent

Quel est votre moyen de déplacement principal ?

---

- Transport en commun (tramway, bus)
- Voiture personnelle
- Deux-roues motorisé
- Vélo
- Vélo électrique
- Marche à pied
- Autre (merci de préciser)

### Consultation citoyenne

Avez-vous apprécié que la Ville de Montpellier vous consulte sur les questions de santé ?

---

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

Souhaitez-vous être consulté.e sur d'autres sujets ?

---

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

Si oui, merci de préciser lesquels (non obligatoire) ?

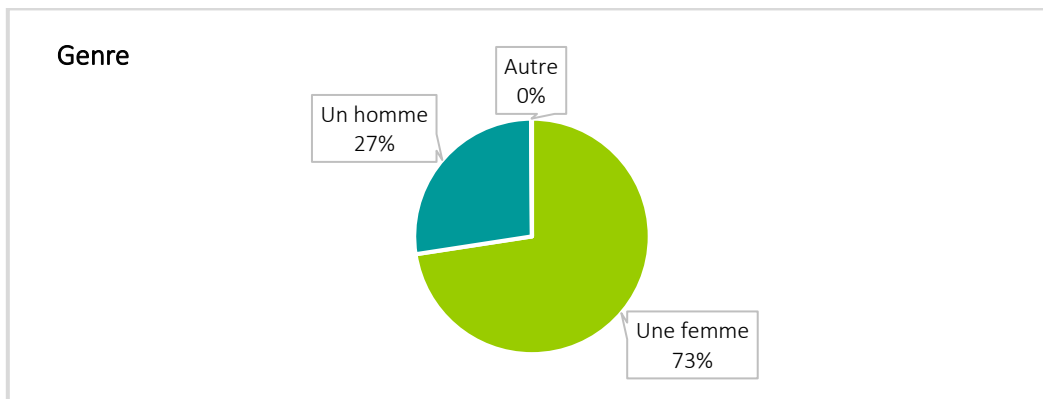
---

Si oui, sous quelles formes (non obligatoire) ?

---

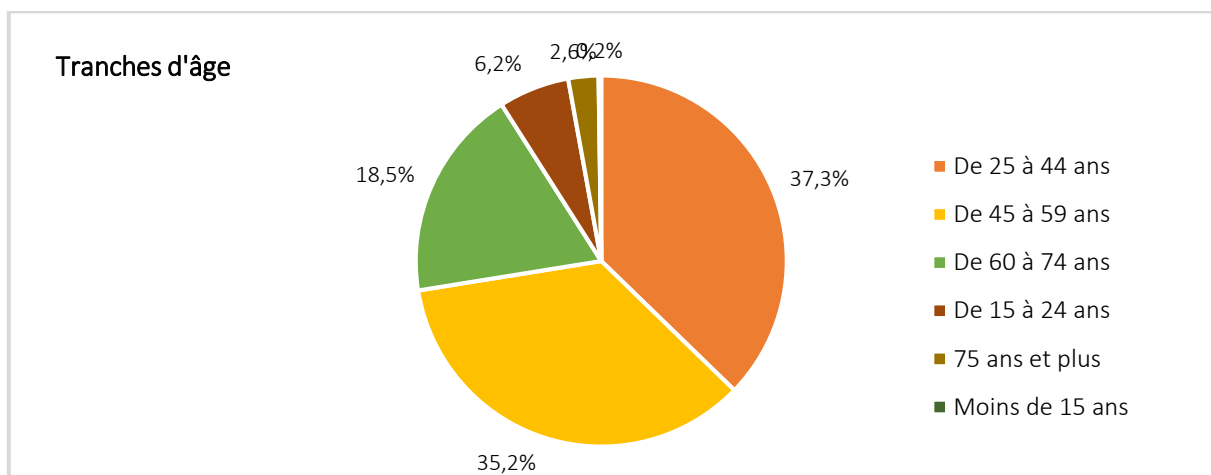
- Entretien oral
- Questionnaire en ligne
- Espaces collaboratifs numériques
- Réunions publiques
- Autre (merci de préciser).

## 6.3 Profil des 1091 répondants

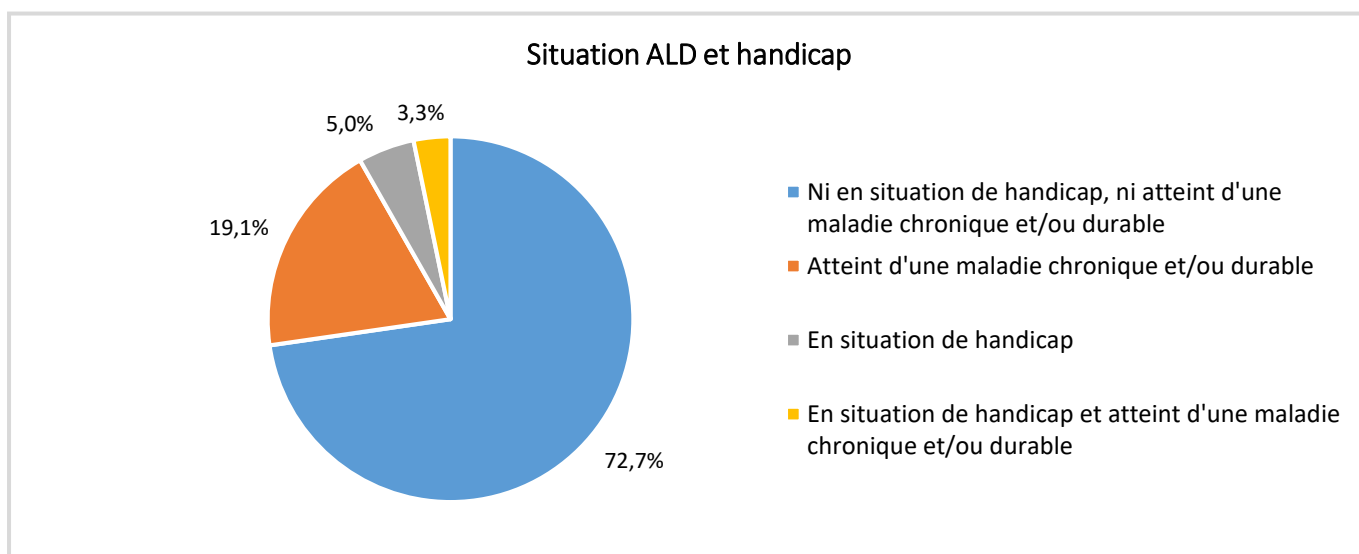


72,5 % de femmes, 72,4 % de 25 à 59 ans.

En ce qui concerne les moins de 24 ans, ils précisent être étudiants à 22,7% et jeunes actifs à 17,5 %.



### Etat de santé



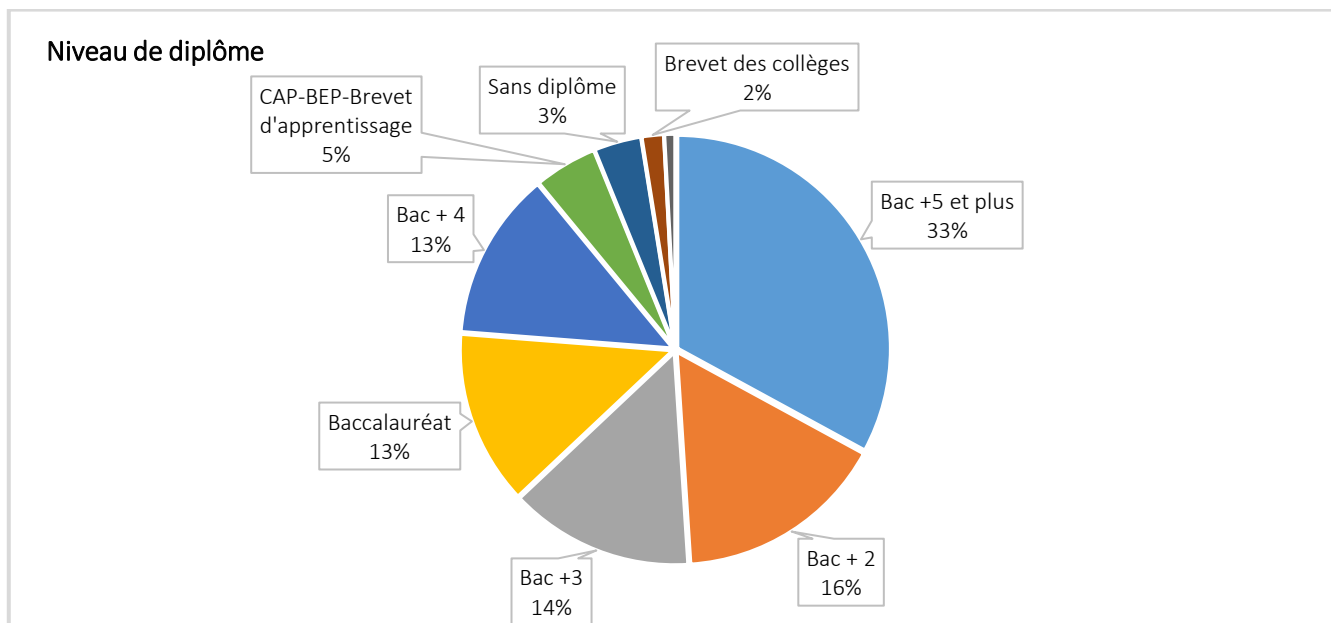
Les personnes ayant répondu à la consultation citoyenne sont dans une grande majorité en bonne santé.

En effet 5 % se disent en situation de handicap et 19 % atteint d'une maladie chronique et/ou durable. En majorité (72 %) ne sont ni en situation de handicap, ni atteint d'une maladie chronique et/ou durable.

Cela se vérifie notamment par les réponses apportées à la question « comment qualifieriez-vous votre état de santé ? » :

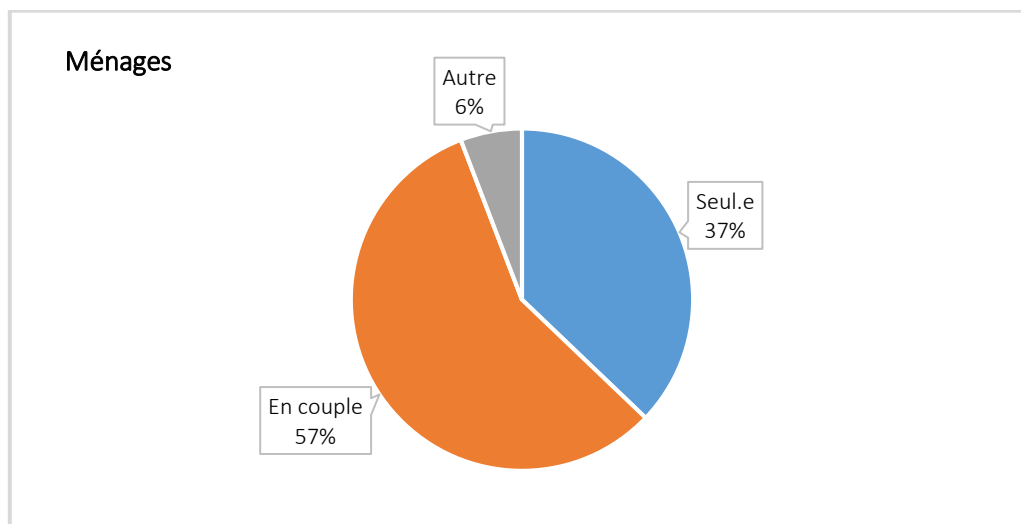
- Très mauvais : 4 %
- Mauvais : 13,5 %
- Bon : 67 %
- Très bon : 15,5 %

### Panel de population globalement très diplômé



3,6 % des personnes sondées se déclarent sans diplôme alors que 32,9 % d'entre elles précisent être titulaires d'un bac + 5 et plus.

### Profils des ménages



37,1 % des personnes sondées déclarent vivre seules.

55,8 % des personnes sondées habitent la commune de Montpellier depuis plus de quinze ans.

L'ensemble des quartiers de la ville ont été représentés.

On notera une représentation importante des habitants des quartiers prioritaires (35,3 %).

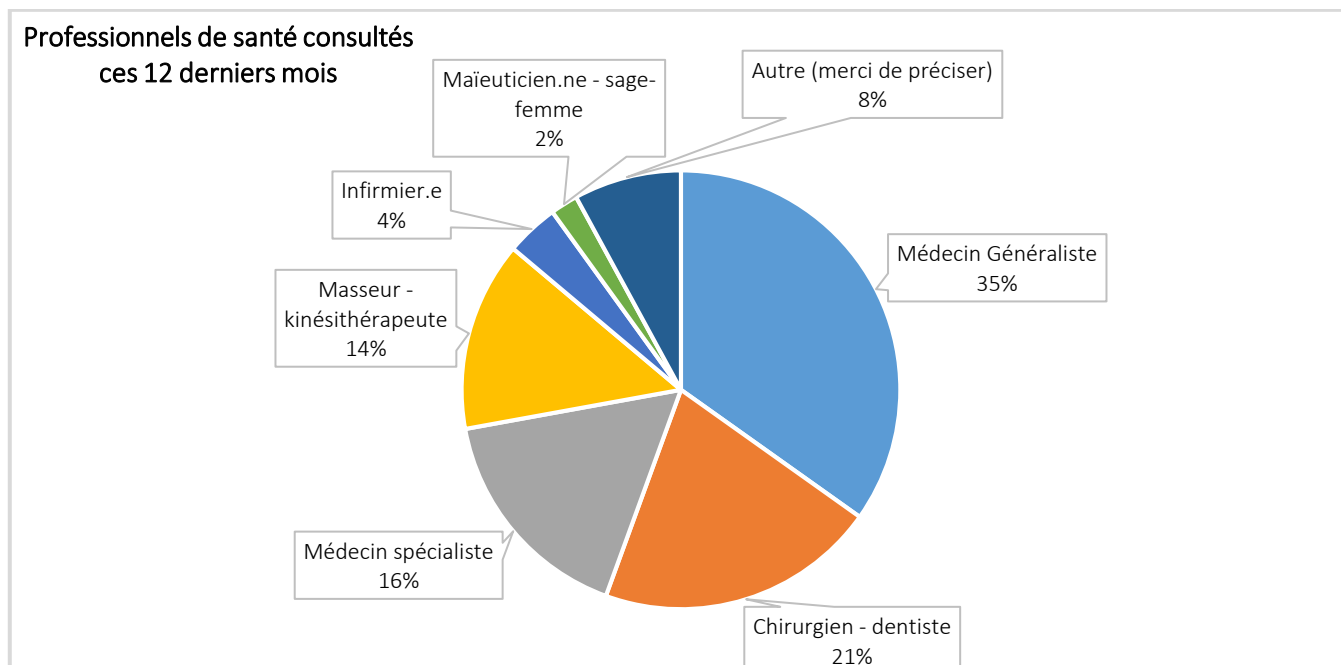
Dans leur grande majorité (89 %), ils ont apprécié d'être consultés par la Ville de Montpellier et souhaiteraient l'être à nouveau à l'avenir notamment sur des questions de sécurité, l'aménagement, le déplacement, l'environnement ou encore le logement.

## 6.4 Les populations et le soin

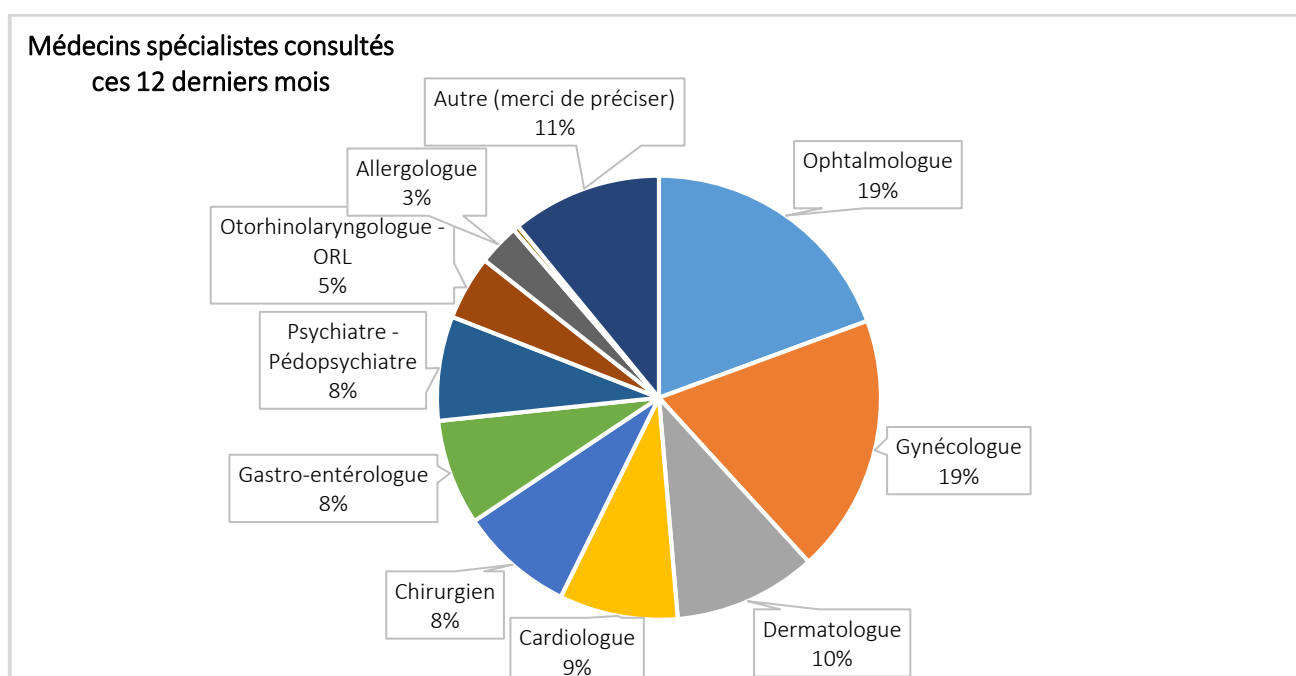
### Accès aux soins

93 % des personnes ayant participé à la consultation citoyenne ont déclaré avoir un médecin traitant et bénéficier d'une mutuelle.

93,4 % ont déclaré avoir consulté un professionnel de santé dans les douze derniers mois précédents la consultation.



41,4 % des personnes ayant renseigné le questionnaire ont précisé avoir consulté un spécialiste.



D'autres types de professionnels ont été consultés notamment des psychologues, des ostéopathes et des orthophonistes.

Dépistage (hors COVID).

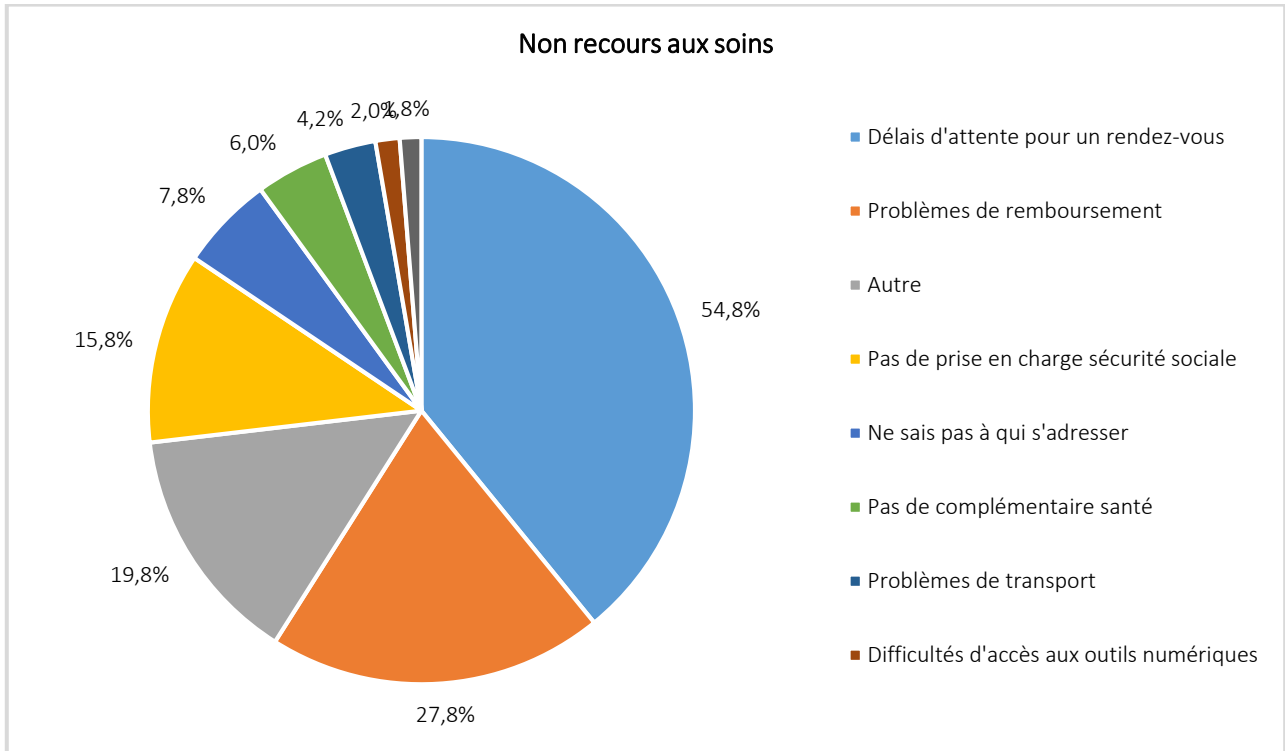
Plus de la moitié des personnes sondées (54.9 %) a déclaré ne pas avoir réalisé de dépistage les 12 derniers mois précédents l'enquête.

Pour celles et ceux qui déclarent avoir réalisé un dépistage relatif aux pathologies suivantes :

- Cancers du sein, colorectal, du col de l'utérus, etc.
- Infections ou maladies sexuellement transmissibles
- Diabète.

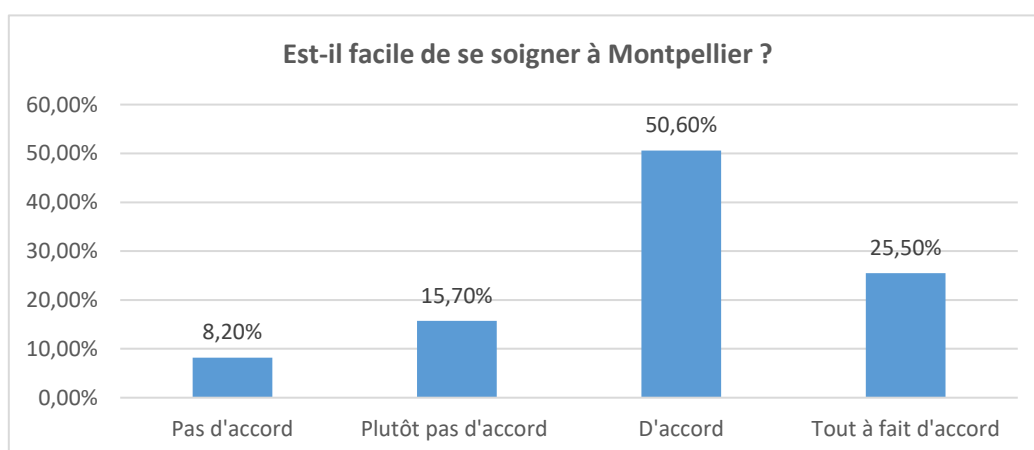
### Non recours aux soins

629 personnes, soit 67.6 % des personnes interrogées ont précisé avoir renoncé aux soins au cours de 12 derniers mois. Les principales raisons de ce non recours sont :



Les principales raisons de ce renoncement sont les délais d'obtention d'un rendez-vous (54.8 %) et les difficultés financières (problème de remboursement 27.8 %).

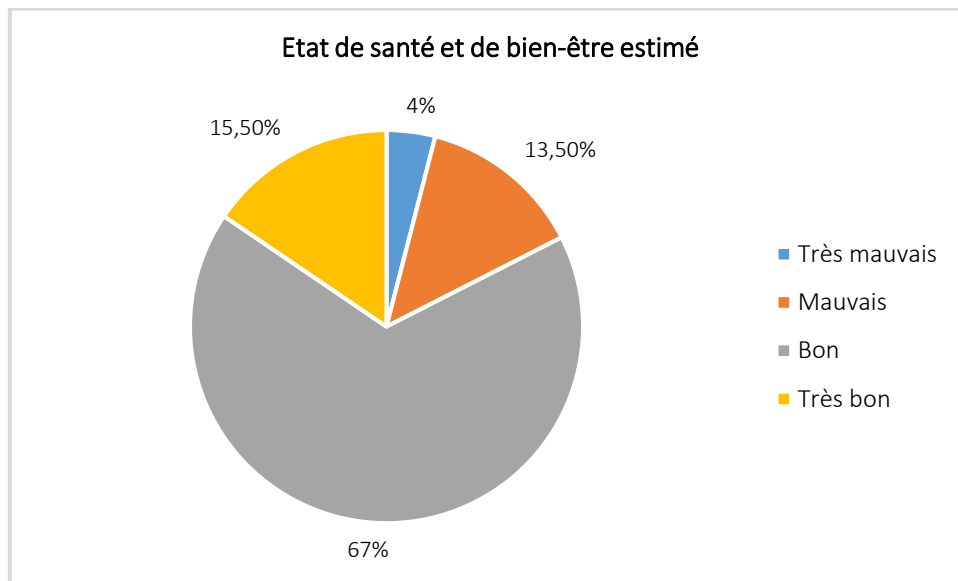
Dans une grande majorité (76,1 %), les populations interrogées considèrent qu'il est facile de se faire soigner à Montpellier.





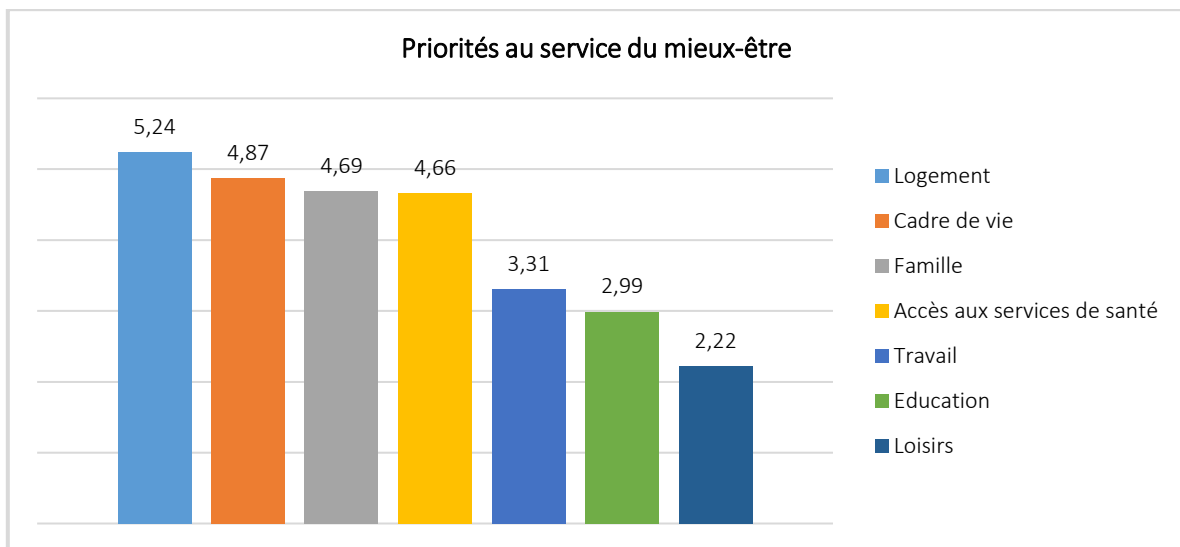
## 6.5 Populations, leur santé et leur bien-être

### Etat de santé et de bien-être exprimé

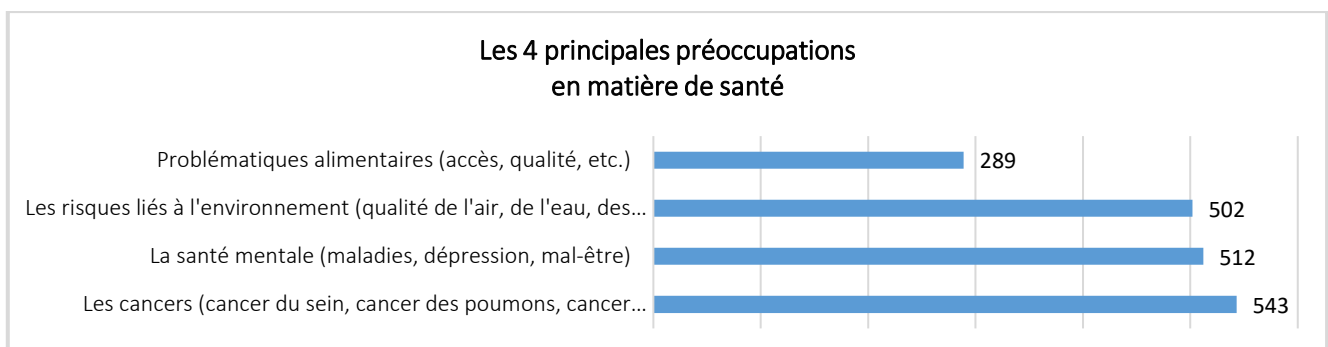


67 % des personnes qui se sont exprimées considèrent qu'ils sont dans un bon état de santé et de bien-être. 13,5 % se considèrent dans un mauvais état de santé et de bien-être et 4 % dans un très mauvais état de santé et de bien-être.

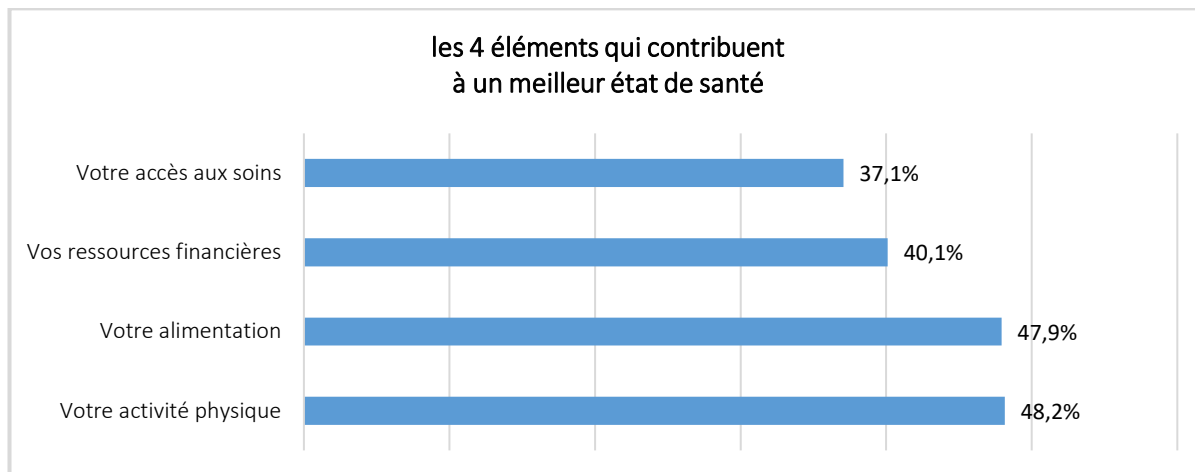
### Priorités au service du mieux-être



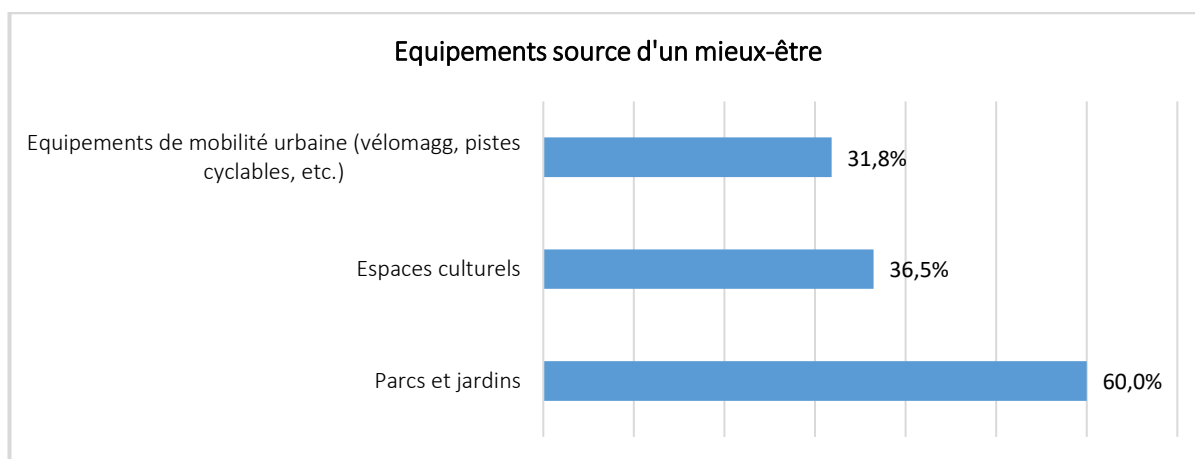
### Les principales préoccupations en matière de santé :



### Éléments qui contribuent à un meilleur état de santé



### Utilisation des équipements source d'un mieux être



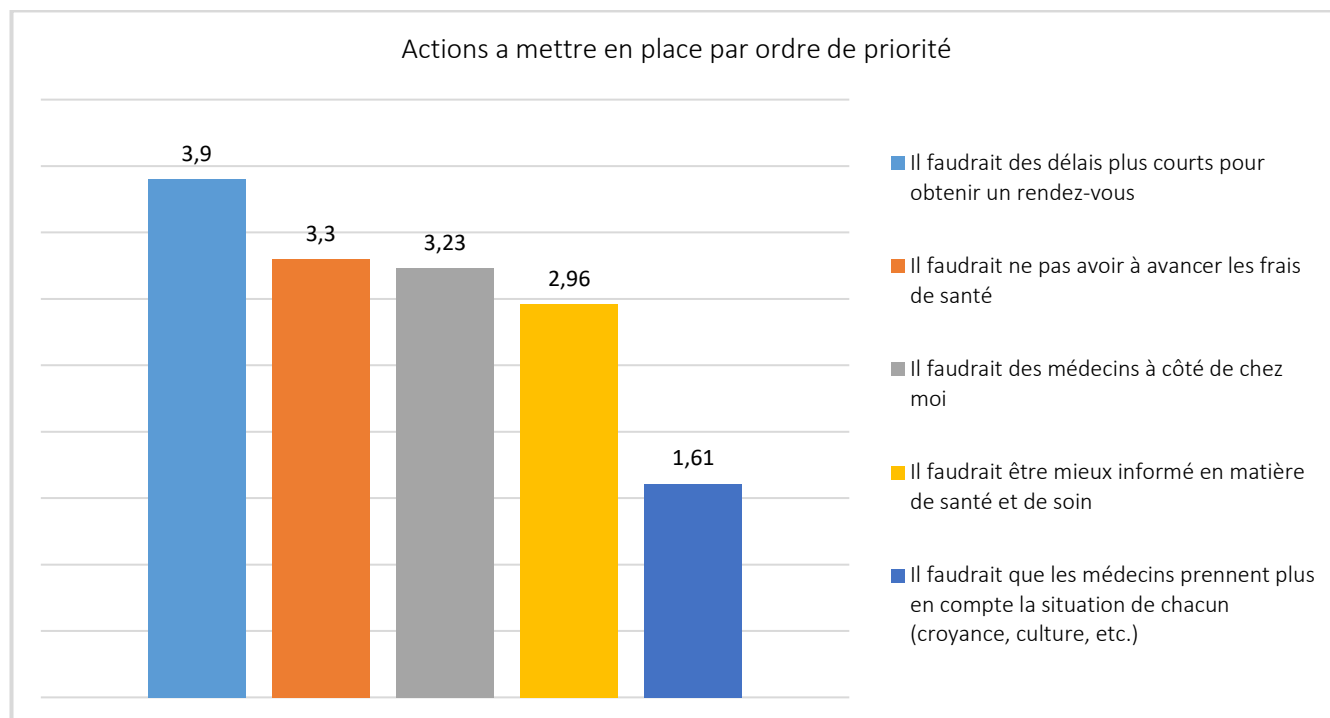
Bien que la troisième catégorie d'équipements utilisés de façon régulière par les personnes sondées soit les équipements de mobilité urbaine, 37,2 % déclarent utiliser sa voiture ou un deux-roues motorisés quotidiennement.

Prévention et éducation pour la santé :

72 % des personnes interrogées déclarent ne pas connaître les actions de prévention et/ou d'éducation pour la santé mises en place sur la Ville de Montpellier.

Pour celles qui les connaissent, elles citent les actions en lien avec les cancers, la nutrition, la santé au travail et les addictions. Seules 22 % d'entre elles ont cité les actions de prévention bucco-dentaires.

## 6.6 Attentes et propositions d'actions



### 164 propositions et idées au service de l'amélioration de l'état de santé des montpelliérains

#### Faciliter l'accès aux soins (géographique et financière)

- Développer et étoffer l'offre de soins de proximité (premier recours et spécialistes)
- Faciliter l'accès aux établissements hospitaliers (meilleure desserte, gratuité des parkings)
- Développer des espaces de consultations médicales dématérialisées
- Développer des consultations les soirs et les week-ends
- Faciliter l'accès aux espaces de soutien psychologique
- Diminuer les délais d'attente pour un rendez-vous médical
- Mettre en place une mutuelle communale
- Limiter les dépassements d'honoraire

#### Développer l'éducation et la prévention (Alimentation, santé bucco-dentaire, cancer, addiction, etc.)

#### Le cadre de vie

- Améliorer l'environnement (plus d'espaces verts, lutter contre toutes les formes de pollution, atmosphérique, sonore, visuelle)
- Favoriser les transports en commun et limiter la place de la voiture
- Améliorer la sécurité et la propreté en ville
- Soutenir le développement de la pratique sportive