

Auvergne

Juin 2008

# *Santé et Territoire*

"du Diagnostic à l'Action"



*Liberté • Égalité • Fraternité*  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



# ÉDITORIAL

Chacun de nos territoires auvergnats doit pouvoir développer une offre de prévention adaptée aux besoins de sa population. Tel est l'objectif poursuivi par le Groupement régional de santé publique (GRSP) qui réunit des représentants de l'État, de l'Agence régionale de l'hospitalisation, des collectivités locales et de l'Assurance maladie.

Pour y parvenir, la première étape a consisté à définir des objectifs de prévention et à renforcer l'offre de service existante. Le conseil d'administration du GRSP a pris les décisions nécessaires pour cela en s'appuyant sur des professionnels de la santé publique. Que l'on parle de préservation de l'autonomie des personnes âgées, de lutte contre les addictions, de diffusions d'informations validées pour une alimentation adaptée, ou encore de prévention des risques sanitaires liés à l'environnement, il existe en Auvergne un réseau d'acteurs reconnus et des interventions reproductibles sur les territoires où les besoins se font connaître.

La diversité des initiatives déjà prises dans notre région et au plan national donne la mesure de la conscience collective des besoins de santé de la population. Il convient maintenant de les généraliser de façon méthodique dans le cadre de projets territoriaux de santé, sur la base de diagnostics locaux. L'ensemble des déterminants de santé doit être pris en compte, intégrant ainsi les questions de santé à un projet de développement plus global.

L'initiative de l'action territoriale de santé peut relever d'un grand nombre d'acteurs, chacun ayant vocation et légitimité à agir : collectivités locales, professionnels et établissements de santé, d'accueil et d'hébergement des personnes âgées et des personnes handicapées, associations, entreprises et écoles...

Le présent guide « santé et territoire, du diagnostic à l'action » ne donne pas un modèle unique de projet territorial de santé. Il propose des méthodes pour organiser les interventions des différents partenaires ; il présente des outils déjà testés et valorise des bonnes pratiques.

Sur cette base, des projets territoriaux de santé pourront être soutenus par le groupement régional de santé publique, réunissant ainsi toutes les énergies pour une qualité de vie et un état de santé préservés de façon durable et harmonieuse au sein de la région.

Dominique SCHMITT

Préfet de la  
Région Auvergne



François DUMUIS

Directeur de l'Agence  
Régionale de l'Hospitalisation  
d'Auvergne



René SOUCHON

Président du Conseil  
Régional d'Auvergne



# SOMMAIRE

## PARTIE 1

### LE PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ

1.1	Pourquoi un projet territorial de santé ?	p.07
1.2	De quel(s) territoire(s) parle-t-on ?	p.08
1.3	Une définition commune de la santé et de la prévention	p.09
1.4	Mieux coordonner pour être efficace	p.10
1.5	L'importance du diagnostic	p.11
1.6	Qui peut initier le projet territorial de santé ?	p.12
1.7	Les différentes phases d'élaboration du projet territorial de santé	p.14
1.8	Quelques exemples d'actions	p.15

## PARTIE 2

### LA CARACTÉRISATION DES TERRITOIRES

2.1	Pourquoi les pays ?	p.18
2.2	Pays de la vallée de Montluçon et du Cher	p.20
2.3	Pays de Vichy-Auvergne	p.22
2.4	Communautés de communes de l'Allier hors Pays	p.24
2.5	Pays d'Aurillac	p.26
2.6	Pays du Haut Cantal-Dordogne	p.28
2.7	Pays de Saint-Flour Haute-Auvergne	p.30
2.8	Pays de Lafayette	p.32
2.9	Pays de la Jeune Loire et ses rivières	p.34
2.10	Pays du Velay	p.36
2.11	Pays du Grand Clermont	p.38
2.12	Pays des Combrailles	p.40
2.13	Pays d'Issoire-Val d'Allier Sud	p.42
2.14	Pays du Grand Sancy	p.44
2.15	Pays du Bassin Thiernois	p.46
2.16	Communautés de communes du Puy-de-Dôme hors Pays	p.48

# SOMMAIRE

## PARTIE 3

### LE DIAGNOSTIC DE L'OFFRE DE PRÉVENTION

#### *Un peu de méthode*

- |     |   |      |
|-----|---|------|
| 3.1 | Les enjeux du diagnostic  | p.52 |
| 3.2 | Les questions préalables  | p.52 |
| 3.3 | Méthodes de recueil de données auprès des acteurs de prévention | p.54 |
| 3.4 | La communication des résultats                                  | p.55 |

## PARTIE 4

### DU DIAGNOSTIC À L'ACTION

- |     |  |      |
|-----|--|------|
| 4.1 | La démarche de projet                              | p.58 |
| 4.2 | Expériences de projets locaux de santé en Auvergne | p.64 |

CONTACTS UTILES

ANNEXES



# LE PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ

*Partie 1*

Le développement de la prévention et de la santé publique, longtemps annoncé comme une priorité, a enfin trouvé une consécration avec la loi du 9 août 2004 qui lui a donné une définition, un cadre de planification, de concertation et de contractualisation et des instruments d'intervention au niveau régional.

Cette loi a été présentée comme la première grande loi de santé publique depuis 1902. Son article 2 fournit une définition de la santé publique qui englobe le champ de :

- la surveillance et de l'observation de l'état de santé et de ses déterminants,
- l'éducation à la santé et l'organisation des débats publics sur les questions de santé,
- la prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités,
- l'amélioration de la qualité de vie,
- la réduction des inégalités de santé,
- l'organisation du système de soins et la démographie des professions de santé.

Cette loi organise un dispositif destiné à remédier aux deux points faibles principaux de notre système de santé : la mortalité prématurée survenant avant 65 ans et les inégalités de santé, que ce soit entre les catégories socio-professionnelles, entre les sexes ou entre les différentes régions.

Dans chaque région, un plan régional de santé publique (PRSP) détermine les objectifs de santé à atteindre grâce à un effort collectif.

Ce plan s'appuie sur un diagnostic local partagé et détermine les programmes et les types d'actions adaptées à chaque question de santé.

L'échelon régional est retenu comme le niveau territorial pertinent pour fédérer les acteurs de la santé publique, en organisant leur partenariat autour de l'État.

Cependant, l'État n'agit pas seul. La place des collectivités locales est envisagée sous différentes formes : associées à la décision dans le cadre des Conférences Régionales de Santé, parlement sanitaire de la région, elles peuvent également adhérer au Groupement Régional de Santé Publique (GRSP), cheville ouvrière de la prévention.

Les Conseils Régionaux peuvent définir des objectifs particuliers à la région en matière de santé. Les Conseils Généraux peuvent conserver des attributions dans le cadre de conventions conclues avec l'État, pour la mise en œuvre de programmes de santé.

Enfin, les collectivités territoriales peuvent attribuer les aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien des professionnels de santé dans les zones où un déficit en matière d'offre de soins est constaté.

A cette lecture des textes, il convient d'ajouter les dispositions de la loi du 23 février



2005 et en particulier les articles concernant la présence territoriale des services publics et le maintien d'un égal accès des administrés aux services.

Dans les zones présentant une faible densité de médecins par habitant ou bien dans les zones de montagne, les collectivités locales peuvent financer l'installation de médecins, de centres de santé, de maisons médicales ou encore de structures participant au maintien de la permanence des soins.

Ces dispositions laissent entrevoir que la réduction des inégalités de santé trouvera une traduction concrète au sein des régions où se monteront des partenariats entre l'État et les collectivités locales.

Ce guide a vocation à apporter des éléments de réflexion et des outils pour que des réponses de santé de proximité coordonnées soient mises en place.

Ces réponses de santé devront se fonder sur des diagnostics locaux partagés et sur des programmes locaux contractualisés.

En 2007, le Groupement Régional de Santé Publique en Auvergne a engagé un premier mouvement de territorialisation.

Afin de généraliser les premières expériences de territorialisation de façon méthodique, ce guide propose de capitaliser des éléments de connaissances, des outils et de les mettre à la disposition de tous ceux qui veulent agir pour promouvoir et conserver un bon état de santé de la population en Auvergne.

La territorialisation doit apporter des réponses adaptées aux besoins locaux. Il ne s'agit pas pour les acteurs locaux de « subir » une politique descendante mais bien plus de s'en saisir pour proposer des actions prioritaires et coordonnées.

### *1.1 Pourquoi un projet territorial de santé ?*

Le Plan Régional de Santé Publique en Auvergne s'appuie sur un constat de surmortalité pour cinq causes principales : les maladies cardio-vasculaires, le cancer, les addictions et en particulier l'alcool, les suicides, les accidents de la circulation routière et de la vie courante.

Pour la période 2001-2003, on constate en Auvergne une mortalité prématurée évitable évaluée à plus de 1 300 décès en moyenne chaque année. Pour les hommes, l'indice comparatif de mortalité est supérieur à la moyenne nationale et place notre région parmi les huit régions où le taux est le plus élevé.

Les décès survenant avant l'âge de 65 ans sont considérés comme évitables soit par un changement de comportement, appuyé par des actions d'information et d'éducation conjuguées à des mesures réglementaires, soit par une prise en charge plus précoce.

Dans le domaine environnemental, 123 000 Auvergnats ne disposent pas encore d'une eau bactériologiquement sûre. Le dépistage du saturnisme apparaît faible,

l'information sur les allergènes insuffisante. Des intoxications au monoxyde de carbone pourraient être évitées. Autre exemple : les effets nocifs de l'exposition au radon, les risques auditifs liés à la musique amplifiée, l'usage déraisonné du téléphone portable pourraient être évités par des actions simples et peu coûteuses.

Certaines populations nécessitent des mesures spécifiques et en particulier une adaptation des services à leurs difficultés :

- les personnes en situation de précarité pour lesquelles des difficultés d'accès aux droits et aux soins ont été identifiées,
- les personnes victimes de violences (femmes et enfants) pour lesquelles le dépistage et la prise en charge doivent être renforcés,
- les personnes âgées et les personnes handicapées pour lesquelles des actions sont préconisées pour préserver leur autonomie.

Cependant, ces données varient parfois de façon importante selon les territoires.

Aux questions de santé de la population doivent être liées celle de l'accès aux services : la présence de professionnels de santé et autres acteurs de la prévention et des soins n'est pas non plus homogène : en effet, l'Auvergne n'échappe pas au problème de l'équité territoriale d'accès à la médecine libérale, notamment du fait de nombreux départs à la retraite. De plus, le vieillissement de la population va engendrer une demande accrue de soins. « Trouver un médecin » devient un sujet d'inquiétude et la permanence des soins s'en trouve fragilisée.

Les actions à mener tant sur les comportements, sur les environnements que sur les conditions d'accès à la prévention et aux soins doivent tenir compte des contextes locaux, des atouts et des difficultés de chaque territoire.

La politique de santé publique ne trouvera son efficacité que par une approche différenciée des territoires, en recherchant les niveaux d'échelles les plus adaptés au développement des actions.

Seules des réponses territoriales globales prenant en compte l'ensemble des déterminants de la santé permettront la cohérence et l'optimisation de l'action publique au bénéfice de la population auvergnate.

### 1.2 De quel(s) territoire(s) parle-t-on ?

Pour qu'il y ait un projet, il faut qu'il y ait une volonté d'agir de plusieurs acteurs sur un territoire choisi et investi par ses habitants. Le pays et les communautés d'agglomération en tant que territoires de projet répondent à ces critères.

Le présent guide s'est donc attaché à « caractériser » les pays et les communautés d'agglomération sur la base d'indicateurs sociaux et de santé et de cartes représentant l'offre de prévention et de soins.

Cette caractérisation a également été faite sur des territoires regroupant plusieurs communautés de communes sans appartenance à un pays, de façon à fournir pour l'ensemble de la région les éléments sanitaires et sociaux de base.

### 1.3 Une définition commune de la santé et de la prévention

La mise en place du projet territorial de santé suppose de s'entendre sur les définitions.

En France, le terme santé est encore trop souvent associé aux seules notions de maladie, de soins et par voie de conséquence, à celles d'accès aux structures sanitaires et aux questions de démographie des professions de santé.

Si la question de l'accès aux soins reste majeure, il convient de rappeler que les principales causes de mortalité ne sont pas liées à l'offre de soins.

Les principales causes de mortalité et d'inégalités de santé sont multifactorielles. Elles conjuguent des comportements individuels, des déterminants sociaux et des expositions à des risques environnementaux.

La santé doit donc être appréhendée de façon globale. Les conditions de vie (logement, scolarité, transport, travail...), la qualité de l'environnement, les relations sociales influent sur la qualité de vie de la population et sur son état de santé.

De même, la prévention a longtemps été définie en référence à la maladie : la prévention primaire empêche la survenue de la maladie (éducation pour la santé), la prévention secondaire en réduit la gravité (dépistage), la prévention tertiaire en minimise les conséquences.

Le professeur en santé publique, J.L. San Marco propose une autre définition de la prévention « autonome », en trois parties :

- la prévention universelle est destinée à l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé. Elle tend à promouvoir la santé par l'éducation pour la santé.
- la deuxième fraction est dite sélective ou adaptée. Elle associe les risques spécifiques à chaque groupe de population, selon le sexe, l'âge, etc.
- la prévention ciblée est destinée aux malades ; il s'agit de l'éducation thérapeutique qui fait participer le malade à son traitement.

Dans les trois cas, la participation de chacun à la gestion de sa santé est recherchée, quel qu'en soit le niveau.

Le projet territorial de santé peut couvrir plusieurs domaines du périmètre de la santé publique (article 2 de la loi du 9 août 2004). Mais sa vocation de promotion de la santé sur un territoire, comme un atout local d'amélioration de la qualité de la vie, doit être privilégiée.

### 1.4 Mieux coordonner pour être efficace

La santé et la prévention ainsi définies mobilisent de nombreux acteurs.

Le projet local de santé doit constituer le projet fédérateur des décideurs et acteurs locaux, désireux d'agir de manière coordonnée et participative afin de réaliser

des actions ciblées, adaptées à la réalité de terrain et en phase avec les stratégies nationales et locales de santé publique.

Le projet local de santé doit permettre :

- d'articuler priorités régionales et besoins locaux en sélectionnant sur la base du diagnostic local les programmes et les actions du PRSP à décliner localement ;
- d'articuler des territoires de taille variée : selon la nature des actions entreprises, l'échelon territorial adapté varie et la recherche de pertinence impose de bien repérer ce qui relève de l'infra communal, de la commune, de la communauté de communes, du canton, du pays, du département ;
- de rationaliser les moyens en articulant mieux demandes, besoins et réponses ;
- de favoriser les coopérations, la contractualisation entre les partenaires en prenant en compte leurs complémentarités pour optimiser les réponses à la population.

Il ne s'agit en aucun cas de surcharger le paysage local avec un dispositif supplémentaire, mais de s'appuyer sur l'existant pour créer de nouvelles dynamiques.

### 1.5 L'importance du diagnostic

Comme toute démarche de projet, un projet territorial de santé s'appuie tout d'abord sur des constats et un diagnostic.

Le diagnostic rassemble et valorise les informations socio-sanitaires existantes.

Il doit aider les acteurs à identifier les besoins et les ressources, repérer les comportements d'usage des services et les déterminants d'un mauvais accès à la santé.

Il croise les regards et logiques des acteurs. Pour cela, il doit s'inscrire dans une démarche participative intégrant les professionnels et les habitants du territoire.

### LE PÉRIMÈTRE DU DIAGNOSTIC

Il s'agit de trouver un juste équilibre entre l'offre de soins et de prévention, la démographie des professionnels de santé, les données socio-démographiques et épidémiologiques et l'organisation des acteurs sur le territoire. Le diagnostic identifie les actions, les espaces de travail et de coordination des acteurs, recueille les points de vue sur les atouts du territoire et les priorités en matière de santé et de prévention.

### LE CONTENU DU DIAGNOSTIC

Le diagnostic doit contenir :

- Des données statistiques, épidémiologiques et descriptives relatives au territoire d'action (principaux indicateurs).

Autant que possible, ces données sont valorisées sous forme cartographique. L'utilisation des systèmes d'information géographique est utile à la mise en perspective des différents résultats et facilite l'interprétation (voir annexe sur les SIG).

- Situation socio-démographique (structure démographique, indicateurs de précarité...)
- État de santé des populations (causes de mortalité, déterminants de santé...)
- État de l'offre de santé
  - État de l'offre de soins (démographie médicale et paramédicale libérale et hospitalière)
  - État des ressources en termes de prévention et d'éducation pour la santé (associations, institutions impliquées, programmes en cours...)
  - Principaux modes de collaboration entre les acteurs
- Accès aux soins et aux droits des habitants et leur état de santé (modes d'usage des services).

- Des données qualitatives dans une démarche participative auprès des habitants et des professionnels du territoire.

- Quels sont les besoins de santé identifiés par les acteurs eux-mêmes ?

L'utilisation de méthodes participatives est conseillée.

### COMMENT RÉALISER LE DIAGNOSTIC ?

Un appel à consultant est conseillé au moins pour la partie du diagnostic demandant des interviews et des entretiens avec la population et les professionnels (voir en partie 3 le diagnostic détaillé de l'offre de prévention).

### DU DIAGNOSTIC À L'ACTION

Le diagnostic est le fondement du projet territorial de santé, sa justification. Il doit déboucher sur des recommandations et un programme d'actions (voir en partie 4 la démarche projet).

### 1.6 Qui peut initier le projet territorial de santé ?

L'inscription de ce projet au sein du projet du pays et de sa charte de développement ou de la communauté d'agglomération est un facteur de réussite : il confirme une volonté politique d'agir dans la durée et sur l'ensemble du territoire.

Dans le cas du contrat d'agglomération et du contrat urbain de cohésion sociale, la ville signataire du contrat pourra être l'initiateur.

Cependant, des initiatives peuvent être prises par un hôpital, une association, le promoteur d'une maison de santé...

Tout projet territorial de santé, au-delà de la seule organisation spatiale de l'accès à une offre de soins ambulatoires et/ou hospitalière, doit se donner pour ambition d'apporter des réponses concrètes à ce que certains appellent « la consommation sanitaire » de la population<sup>(1)</sup>.

Ce terme « consommation sanitaire » englobe des préoccupations de natures très variées, toutes marquées par deux revendications de la population : accessibilité et qualité.

Ces préoccupations concernent aussi bien les conditions générales de vie (transports et facilité des déplacements, maîtrise des facteurs de pollution environnementale) que les aménagements urbains et de loisirs, les offres de service ou encore les conditions de travail, voire de cessation d'activité.

En conséquence, l'initiative d'un projet territorial de santé ou de manière moins ambitieuse d'une action territoriale de santé, peut appartenir à un grand nombre d'acteurs du territoire concerné. Le seul impératif catégorique est de n'oublier aucun des partenaires potentiels partie prenante du projet ou de l'action. Il peut s'agir :

- des collectivités locales (communes, communautés de communes...) qui ont toute légitimité à « organiser la cité »,
- des professionnels des champs médico-sociaux et, entre autres, s'il existe, l'établissement hospitalier qui constitue parfois sur le territoire le principal, voire le dernier employeur. L'hôpital a de par la loi qui définit ses missions l'obligation de « participer à des actions d'éducation pour la santé et de prévention »<sup>(2)</sup>,
- des associations ou collectifs d'habitants ou d'usagers. Toute démarche de promotion de la santé, depuis la charte d'Ottawa, suppose l'association de la population dès la conception même des projets, l'objectif étant de rendre chacun acteur de sa santé,
- des entrepreneurs commerciaux ou industriels, en particulier de leur service de la médecine au travail dont les missions viennent d'être réorientées pour un tiers de leur temps vers la prévention,
- des établissements scolaires et leur personnel, quel qu'il soit, les comportements favorables à la santé s'acquérant très tôt et demandant un renforcement constant.

<sup>(1)</sup> GLATRON Marion, JACOB Jean-Yves, VIGNERON Emmanuel - DATAR - Santé et aménagement du territoire 12<sup>e</sup> Festival International de Géographie de Saint-Dié des Vosges (06/10/2000)

<sup>(2)</sup> Ordonnance n° 96.34 du 24 avril 1996

## L'hôpital, acteur de santé publique

Dr Jean-Marc PHILIPPE

Président de la Commission Médicale d'Établissement

Directeur du Centre Départemental de Vaccination et de Lutte contre les Maladies Infectieuses  
Centre Hospitalier Henri Mondor d'Aurillac

**L**e Code de la Santé Publique précise que le service public hospitalier a obligation d'assurer ou de concourir à la prévention.

L'hôpital est le lieu essentiel de la révélation des problèmes de santé en particulier par le biais des urgences. Il voit passer, chaque année, plus de dix millions de personnes sans compter les visiteurs. Par ailleurs, il s'inscrit de plus en plus dans des logiques de réseaux avec les autres acteurs sanitaires et sociaux du territoire de santé. Les hôpitaux sont donc bien placés pour faire se rencontrer les logiques curatives et préventives en contribuant à sensibiliser des publics très hétérogènes, les usagers bien sûr mais aussi les millions de visiteurs et le million de professionnels qui y travaille.

A l'hôpital, les principaux projets de promotion de la santé concernent souvent l'éducation à la santé des patients. En particulier, prendre en compte toutes les dimensions de la pathologie, c'est introduire d'avantage de transversalité entre les services d'un même établissement mais aussi accompagner le patient dans sa vie privée, familiale et sociale. L'hôpital intervient par exemple dans la prévention de l'obésité, de l'alcoolisme, du tabagisme, de la sécurité routière.

Dans le domaine particulier des maladies infectieuses, l'hôpital a un rôle fondamental. La loi du 13 août 2004 a prévu la recentralisation des actions de prévention de maladies infectieuses et de vaccination. Le Centre Hospitalier Henri Mondor d'Aurillac, déjà particulièrement investi dans le domaine de la prévention des maladies infectieuses à travers son Centre de Vaccinations Internationales, son Centre Antirabique, mais aussi le Centre de lutte contre la tuberculose, le Centre de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites, s'est naturellement positionné comme acteur de cette politique de recentralisation.

Le Centre Départemental de Vaccination et de Lutte contre les Maladies Infectieuses a été créé avec pour mission d'initier la politique départementale de vaccination et de prévention contre ces maladies infectieuses en coordonnant l'ensemble des activités s'y rattachant.

L'objectif opérationnel est d'augmenter la couverture vaccinale dans la population du Cantal et de mettre en place des actions de lutte contre les maladies infectieuses. Le Centre Départemental a pour missions :

- de mettre en œuvre la politique vaccinale départementale au côté des autres partenaires de la santé ;
- d'assurer l'expertise en matière de vaccination au service des professionnels de santé ;
- d'assurer la formation continue des professionnels de santé en vaccinologie ;
- de proposer à titre gratuit les vaccinations obligatoires et recommandées inscrites dans le calendrier vaccinal et d'assurer les vaccinations spécialisées (vaccinations internationales, vaccinations des professionnels à risques...) ;
- d'assurer les vaccinations des populations à risque (allergiques, exposées à des risques particuliers, patients sous traitement immunosuppresseur) et des populations en situation de précarité ;
- de participer à l'amélioration de la surveillance des maladies à prévention vaccinale en mettant en place les enquêtes épidémiologiques appropriées ;
- de coordonner la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, le SIDA et la tuberculose, en lien avec les services concernés.

A travers cet exemple mis en œuvre dans le département du Cantal qui montre la volonté de mettre en place une politique rationnelle et cohérente de prévention transparaît l'investissement de l'hôpital public sur ce champ important de la prévention.

### 1.7 Les différentes phases d'élaboration du projet territorial de santé

L'élaboration du projet doit s'appuyer sur :

- le comité de pilotage, constitué par les élus, oriente les travaux et prend les décisions ;
- le conseil de développement, composé de représentants de la société civile, laboratoire d'idées est le lieu de concertation et de propositions. Il constitue un niveau de démocratie locale dans le domaine de la santé.
- le comité technique, composé de techniciens, prépare les décisions du comité de pilotage (voir partie 4).

*Pour aider à l'identification des acteurs à associer aux différents niveaux de travail technique, de consultation et de décision, consulter le site Internet du GRSP.*

**Les différentes phases recommandées pour l'élaboration du projet sont :**

**PHASE 1 :**

Sensibilisation des acteurs et définition des modalités de pilotage et de suivi du projet

**PHASE 2 :**

Recrutement d'un animateur territorial de santé (voir annexe 2)

**PHASE 3 :**

Diagnostic partagé et détermination des objectifs prioritaires

**PHASE 4 :**

Identification des actions, des pilotes, des ressources à mobiliser, du calendrier de réalisation, des modalités de suivi

**PHASE 5 :**

Mise en œuvre, suivi et évaluation.



## 1.8 Quelques exemples d'actions

**LE RESEAU DES VILLES SANTE** est témoin de nombreuses initiatives de type « plan local de santé ». En s'appuyant sur leurs propres services et sur un réseau d'acteurs, les villes coordonnent et/ou mettent en place des actions portant sur :

- les environnements : eau, air, habitat, bruit, aménagement urbain ;
- la prévention et l'éducation pour la santé dès le plus jeune âge notamment l'éducation nutritionnelle et la promotion de l'activité physique ;
- la lutte contre les inégalités territoriales et sociales de santé ;
- la prévention des conduites à risques ;
- la promotion de la santé mentale ;
- la préservation de l'autonomie des personnes âgées ;
- la santé au travail.

De plus le réseau élabore des guides méthodologiques. Voir notamment :

- « La nutrition à l'échelle de la ville, guide pratique à l'usage des acteurs du programme national nutrition santé »,
- « Les villes s'impliquent dans le plan cancer »,
- « Vers un profil santé de ville ».

Source : [www.villes.sante.com](http://www.villes.sante.com)

### EN BRETAGNE

Depuis 2003, la Bretagne a développé des projets territoriaux de santé avec l'appui de l'État, de l'Assurance Maladie et du Conseil Régional. Cette animation territoriale a vocation à prendre en compte l'ensemble des déterminants de santé et de développer une approche d'éducation pour la santé : « à la rencontre des domaines du développement local et de la santé, l'animateur territorial de santé contribue simultanément au développement d'un territoire et à la promotion de la santé en impliquant les professionnels, les élus, les bénévoles et les usagers ».

#### Les types d'actions mises en place :

Dans le domaine de la prévention :

- mise en réseau des acteurs sur les thèmes de la parentalité, la prévention du suicide et de la souffrance psychique, la prévention des addictions ;
- mise en place d'antennes de point d'accueil et d'écoute jeunes ;
- actions d'information sur les cancers : facteurs de risque, prévention et dépistage ;
- démarche de mesure du radon avec pose de dosimètres au sein des habitations, suivie de conseils ;
- mise en place d'un réseau de coordination

géronologique pour assurer la permanence des services médico-sociaux à la personne âgée.

Dans le domaine de l'offre de soins (services au public) :

- actions pour favoriser l'installation de médecins libéraux (actions de communication, maîtres de stage,...)
- actions pour offrir des conditions d'exercice en adéquation avec les attentes des médecins généralistes et de leur famille
- actions d'information en direction des usagers sur le fonctionnement de la permanence des soins.

Source : [www.ahbretagne.com](http://www.ahbretagne.com)

### EN FRANCHE-COMTÉ

Une des solutions mise en place pour réduire les inégalités d'accès à la santé a été la création de maisons de santé.

Pour connaître la plus-value qu'elles apportent dans l'organisation de la santé, une évaluation vient d'être réalisée, portant sur six maisons médicales pluridisciplinaires. Elles révèlent en particulier :

- une meilleure coordination des différents professionnels avec, notamment, des fichiers patients communs ;
- une mutualisation des moyens en matériel et en personnel administratif ;
- un champ d'activité orienté vers la promotion de la santé et des activités innovantes : repérage de facteurs de risque, actions de dépistage, campagnes de santé publique ;
- prise en charge des cas urgents de façon collective.

Source : [www.pratiquesensante.info](http://www.pratiquesensante.info)

### EN AUVERGNE

Des expériences de projets présentées en partie 4 témoignent de volontés d'acteurs de s'organiser pour développer des réponses coordonnées à l'échelle de territoires.

Des diagnostics à l'échelle de pays ou de communautés d'agglomération ont été réalisés ou sont en cours.

Contact : plate forme de l'observation sanitaire et sociale. (DRASS - Huguette PERRIER - Tél. 04 73 74 50 35).

[www.pfoss-auvergne.fr](http://www.pfoss-auvergne.fr)

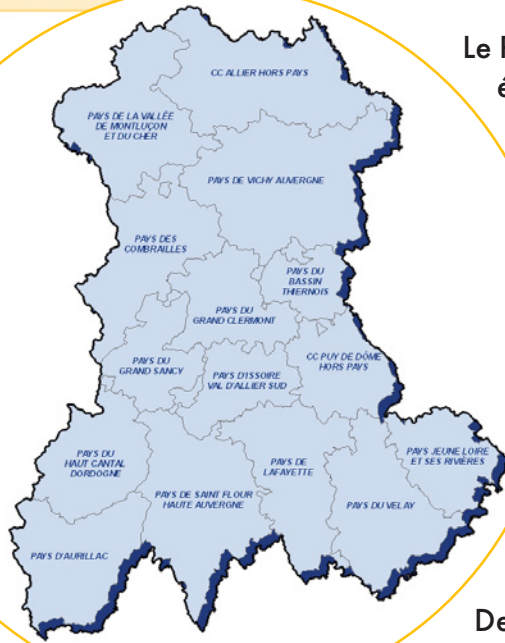
Autres sites utiles :

[www.pays.asso.fr](http://www.pays.asso.fr) (chemin : observatoire/annexes)  
[www.institut-des-villes.org](http://www.institut-des-villes.org)



# LA CARACTÉRISATION DES TERRITOIRES

*Partie 2*



Le Pays se caractérise par une cohésion géographique, culturelle, économique et sociale et met en synergie de nouvelles solidarités territoriales, naturelles ou fonctionnelles. Territoire de projet, le Pays doit respecter les limites des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité propre, mais ne constitue pas pour autant un nouvel échelon administratif. Le Pays est un cadre d'impulsion de projet, de coordination et de coopération. Il n'a pas a priori vocation à devenir un organe d'exécution et de maîtrise d'ouvrage et ne se substitue pas aux collectivités sur leurs compétences. Au 31 janvier 2008, la région compte 11 pays définis par un arrêté : Aurillac, Combrailles, Grand Clermont, Haut Cantal-Dordogne, Issoire Val d'Allier Sud, Jeune Loire et ses rivières, Lafayette, Saint-Flour Haute Auvergne, Vallée de Montluçon et du Cher, Velay, Vichy-Auvergne.

Deux pays sont en projet : Grand Sancy et bassin Thiernois.

Pour couvrir au mieux l'ensemble du territoire auvergnat, deux zones ont été créées et regroupent des communautés de communes proches

et non adhérentes à un pays. Elles sont appelées "communauté de communes Allier hors pays" et "communauté de communes Puy de Dôme hors pays".

Treize communes appartiennent à des pays hors-région : 3 communes de l'Allier (Pays Charolais-Brionnais) et 10 communes du Puy-de-Dôme (Pays du Forez). Celles-ci ont été intégrées aux zones de leur département décrites ci-dessus.

Quelques communes (14 au total), non adhérentes à une communauté de communes ou à un pays, ne sont donc pas prises en compte dans l'analyse des territoires.

Par ailleurs, les six communautés d'agglomération de la région sont intégrées et analysées dans leurs pays respectifs.

## Quelles données ?

Chaque territoire, présenté ci-dessus, a été caractérisé par des indicateurs. Trois thématiques ont été retenues : les données socio-démographiques, les données de mortalité, l'offre de prévention et de soins.

### Avertissement :

L'analyse spatiale de certaines données est rendue difficile par les faibles effectifs concernés. Ainsi, un faible nombre de décès peut entraîner des difficultés dans l'interprétation des indices comparatifs de mortalité (ICM). C'est pourquoi, pour chaque indicateur est indiqué l'effectif concerné.

## Données socio-démographiques

**Part des personnes âgées de moins de 25 ans :** nombre de personnes âgées de moins de 25 ans rapporté à la population totale (en %).

Source : Insee - RP 1999

**Part des personnes âgées de 75 ans ou plus :** nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus rapporté à la population totale (en %).

Source : Insee - RP 1999

**Pourcentage de bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC) :** nombre total de bénéficiaires de la CMUC au 31 décembre 2006 rapporté à la population totale (au 1er janvier 2006 pour la France métropolitaine)

Sources : Urcam Auvergne - Insee RP99

**Pourcentage d'allocataires du Revenu Minimum d'insertion (RMI) :** nombre d'allocataires du RMI au 31 décembre 2006 rapporté à la population âgée de 25 à 59 ans (au 1er janvier 2006 pour la France métropolitaine)

Sources : CAF, MSA, Insee RP 1999

**Pourcentage de chômeurs longue durée (CLD) :** nombre de chômeurs longue durée au 31 décembre 2006 rapporté au nombre total de chômeurs de catégories 1, 2 et 3.

Source : DRTEFP

**Pourcentage de chômeurs de moins de 25 ans :** nombre de chômeurs âgés de moins de 25 ans rapporté au nombre total de chômeurs de catégories 1, 2 et 3.

Source : DRTEFP

**Allocation supplémentaire du minimum vieillesse (ASV) :** nombre total de bénéficiaires de l'ASV au 31 décembre 2006 rapporté à la population âgée de 65 ans et plus (au 1er janvier 2006 pour la France métropolitaine)

Sources : Cram Auvergne, AROMSA Auvergne - Insee RP99

## Données de mortalité

Sources : Inserm CépiDc (période 2002-2004) ; Insee (RP 99 et estimations 2002, 2003 et 2004 pour la région et les départements)

### *Indice comparatif de mortalité :*

Pour remédier aux variabilités de la mortalité selon les territoires et de la population (âge, sexe...), l'indice comparatif de mortalité (ICM) est calculé. L'ICM est le rapport entre le nombre de décès observé et le nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité par sexe et âge étaient identiques aux taux nationaux.

Un ICM supérieur à 100 signifie qu'il existe un excédent de mortalité dans la sous-population par rapport à la mortalité de la population de référence (ici la France métropolitaine). Un ICM de 130 indique une surmortalité de 30 %.

Un ICM inférieur à 100 signifie qu'il existe une mortalité plus faible dans la sous-population par rapport à la mortalité de la population de référence (ici la France métropolitaine). Un ICM de 70 indique une sous-mortalité de 30 %.

Le signe - signifie que la sous-population a une mortalité équivalente à celle de la France métropolitaine.

Les ICM masculins et féminins ne sont pas comparables entre eux car l'indice masculin est calculé à partir des taux de mortalité masculins et l'indice féminin à partir des taux de mortalité féminins.

*Indice comparatif de mortalité générale :* ensemble des décès quelle que soit la cause.

*Indice comparatif de mortalité prématurée :* ensemble des décès, quelle que soit la cause, survenus avant 65 ans.

*Indice comparatif de mortalité par cancer :* ensemble des décès par cancer (Code CIM10 : C00-C97)

*Indice comparatif de mortalité appareil circulatoire :* ensemble des décès par maladie de l'appareil circulatoire (Code CIM10 : I00-I99)

*Indice comparatif de mortalité par suicide :* ensemble des décès par suicide (Code CIM10 : X60-X84)

*Indice comparatif de mortalité par mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels :* ensemble des décès avant 65 ans évitables par actions sur les facteurs de risque individuels.

Les causes de mortalité prises en compte dans le calcul de cet indice sont : SIDA, cancer des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx, cancer de l'oesophage, cancer du larynx, cancer du poumon, psychose alcoolique et alcoolisme, cirrhose alcoolique (ou sans précision) du foie, accidents de la circulation, chute accidentelle, suicide.

*Indice comparatif de mortalité par mortalité attribuée au système de soins :* ensemble des décès avant 65 ans qui auraient pu être évités par une meilleure prise en charge du système de soins.

Les causes de décès évitables par une meilleure prise en charge par le système de soins sont : fièvre typhoïde, tuberculose, tétanos, cancer de la peau, cancer du sein, cancer de l'utérus, maladie de Hodgkin, leucémies, cardiopathies rhumatismales, maladies hypertensives, cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires cérébrales, grippe, asthme et alvéolite allergique, ulcère digestif, mortalité maternelle.

Les décès attribués à des facteurs de risque individuels et les décès attribués au système de soins constituent l'ensemble des décès prématurés évitables.

nc : effectifs non communiqués car inférieurs à 6.

## Offre de prévention et de soins

Sources : DRASS Adéli au 31 décembre 2005 (médecins quel que soit leur mode d'exercice, comptés au lieu de leur activité principale) , Insee RP99.

*Densité de médecins généralistes (pour 100 000 habitants) :* nombre de médecins généralistes rapporté à la population totale.

*Densité de cardiologues (pour 100 000 habitants) :* nombre de cardiologues rapporté à la population totale.

*Densité de pédiatres (pour 100 000 personnes de moins de 16 ans) :* nombre de pédiatres rapporté à la population de moins de 16 ans.

*Densité de radiologues (pour 100 000 habitants) :* nombre de radiologues rapporté à la population totale.

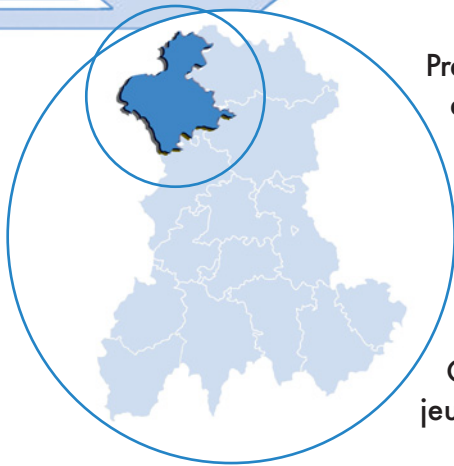
*Densité de gynécologues (pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans) :* nombre de gynécologues rapporté aux femmes de 15 à 49 ans.

*Densité d'ophtalmologues (pour 100 000 habitants) :* nombre d'ophtalmologues rapporté à la population totale.

*Densité de psychiatres (pour 100 000 habitants) :* nombre de psychiatres rapporté à la population totale.

Toutes les spécialités médicales n'ont pas été retenues par cette analyse, les commentaires ne portent donc que sur les spécialités choisies.

# Pays de la vallée de Montluçon et du Cher



Première structure de pays reconnue en Auvergne, le pays de la Vallée de Montluçon et du Cher compte 94 communes et 114 500 habitants. Centré sur l'aire urbaine de Montluçon, le pays s'inscrit dans un espace au riche passé industriel. La présence ou la proximité des principaux axes autoroutiers desservant le Massif Central lui confère une position géostratégique déterminante. Celle-ci accentue le rôle structurant de la communauté d'agglomération de Montluçon. Le périmètre du pays intègre, en plus du bassin de vie montluçonnais, d'autres bassins de vie de moindre importance : Commentry, Montmarault, Cosne-d'Allier, Cérilly. Après avoir subi de grands chocs industriels, le pays n'a pu garder ses jeunes actifs et perd constamment de la population depuis trente ans.

## Données socio-démographiques

Sources : Insee RP 99, Urcam, Caf, MSA, DRTEFP, Cram (au 31 décembre 2006, au 1<sup>er</sup> janvier 2006 pour la France Métropolitaine)

	France métropolitaine		Auvergne		Allier		Puy-de-Dôme		Vallée de Montluçon et du Cher		CA Montluçon	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Population totale en 1999 (RP)	58 520 688	-	1 308 656	-	344 615	-	604 222	-	114 489	-	62 145	-
Densité hab./km <sup>2</sup>	-	107,6	-	50,0	-	46,7	-	75,4	-	52,1	-	336,0
Part des moins de 25 ans (en % de la population totale)	18 092 988	30,9	359 515	27,5	87 840	25,5	175 835	29,1	28 699	25,1	15 820	25,5
Part des plus 75 ans (en % de la population totale)	4 504 911	7,7	124 525	9,5	38 857	11,3	48 813	8,1	12 923	11,3	6 890	11,1
CMUc %	4 112 523	7,0	60 005	4,6	19 182	5,6	28 625	4,7	6 305	5,5	4 208	6,8
RMI %	1 134 485	4,1	19 343	3,1	6 319	4,0	9 536	3,3	2 018	3,9	1 341	4,7
Chômeurs Longue durée %	Nd	Nd	9 451	17,2	3 156	20,5	4 508	16,9	1 030	19,7	615	20,0
Chômeurs de moins de 25 ans %	Nd	Nd	10 113	18,4	2 836	18,4	4 825	18,1	969	18,5	606	19,7
ASV %	511 822	5,2	14 955	5,6	4 069	5,1	5 678	5,3	1 198	4,4	532	3,7

Grâce à la présence de la communauté d'agglomération de Montluçon, qui regroupe plus de la moitié de la population du pays, la densité de population est supérieure à celle de l'Allier et à la densité de l'Auvergne. Par rapport à la moyenne régionale, la part des personnes âgées de 75 ans et plus est supérieure de 1,8 point et la part des jeunes de moins de 25 ans inférieure de 2,4 points. La proportion de chômeurs de longue durée est elle aussi supérieure de 2,5 points à celle de l'Auvergne. Les bénéficiaires du minimum vieillesse sont moins représentés qu'au niveau départemental ou régional.

## Indicateurs de mortalité

Sources : Inserm CépiDc, période 2002-2004, Insee

	France métropolitaine		Auvergne		Allier		Puy-de-Dôme		Vallée de Montluçon et du Cher		CA Montluçon	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité générale Hommes	270 403	100	7 505	106,8	2 242	106,6	3 058	107,3	761	106,8	376	-
Mortalité générale Femmes	259 916	100	7 001	-	2 114	-	2 831	-	683	95,4	359	-
Mortalité avant 65 ans Hommes	74 193	100	1 844	106,9	538	121,3	816	-	182	124,0	91	117,6
Mortalité avant 65 ans Femmes	33 652	100	733	-	215	-	331	93,0	71	-	45	119,3
Mortalité par cancer Hommes	87 608	100	2 410	105,6	716	106,9	1 006	107,0	262	116,6	136	118,7
Mortalité par cancer Femmes	58 672	100	1 544	-	459	-	644	-	150	-	136	164,6
Mortalité appareil circulatoire Hommes	71 650	100	2 158	113,4	645	109,9	880	117,2	202	-	101	-
Mortalité appareil circulatoire Femmes	82 817	100	2 376	105,9	725	103,0	951	107,4	239	-	118	-
Mortalité suicide Hommes	7 842	100	208	112,6	63	126,6	94	113,3	20	-	11	-
Mortalité suicide Femmes	2 888	100	75	-	26	142,7	35	-	9	-	6	175,4

Les hommes du pays de la Vallée de Montluçon et du Cher sont touchés par une surmortalité générale de 7 % par rapport à la France métropolitaine. Cette surmortalité trouve ses causes dans la mortalité prématurée avant 65 ans supérieure de 24 %, la mortalité due aux cancers supérieure de 17 %. Pour les femmes, on note une sous mortalité générale de 5 % pour l'ensemble du pays. Pour la communauté d'agglomération les femmes sont touchées par une surmortalité prématurée de 19 %, par cancer (+65 %) et par suicide (+75 %).

## Besoins de prévention et de soins

Sources : Inserm CépiDc, période 2002-2004, Insee

	France métropolitaine		Auvergne		Allier		Puy-de-Dôme		Vallée de Montluçon et du Cher		CA Montluçon	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Hommes	28 733	100	728	109,3	212	124,7	326	-	72	127,2	38	127,6
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Femmes	7 926	100	167	-	58	123,3	73	86,4	18	-	13	146,3
Mortalité attribuée au système de soins Hommes	8 293	100	220	111,5	66	130	97	-	20	-	10	-
Mortalité attribuée au système de soins Femmes	8 031	100	174	-	47	-	84	-	11	69,1	nc	54,4

Chaque année en moyenne 253 habitants du pays de la Vallée de Montluçon et du Cher meurent prématurément avant 65 ans. 48 % de ces décès pourraient être évités. Chez les hommes la mortalité évitable attribuée aux risques individuels est supérieure de 27 % à celle de la France ; chez les femmes elle est supérieure de 46 % au sein de la communauté d'agglomération de Montluçon.







## Offre de soins et de prévention

Sources : DRASS, fichier Adéli au 1er janvier 2006, Insee







	France métropolitaine		Auvergne		Allier		Puy-de-Dôme		Vallée de Montluçon et du Cher		CA Montluçon	
	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité
Densité de médecins généralistes (pour 100 000 hts)	68 411	116,90	1 446	110,50	360	104,46	704	116,51	125	109,18	74	119,08
Densité de cardiologues (pour 100 000 hts)	6 060	10,36	107	8,19	25	7,22	65	10,73	9	8,05	9	14,84
Densité de pédiatres (pour 100 000 enfants de moins de 16 ans)	6 743	60,15	95	44,18	18	32,83	64	63,28	7	42,42	7	80,68
Densité de radiologues (pour 100 000 hts)	7 748	13,24	134	10,28	31	9,09	84	13,85	12	10,67	12	19,67
Densité de gynécologues (pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans)	7 197	49,85	135	44,44	32	43,00	80	53,64	11	21,86	11	79,50
Densité d'ophtalmologues (pour 100 000 hts)	5 484	9,37	111	8,49	24	6,96	66	10,84	6	5,24	6	9,65
Densité de psychiatres (pour 100 000 hts)	13 601	23,24	202	15,45	37	10,64	125	20,62	10	9,03	9	15,02

La majorité des médecins spécialistes du pays sont installés dans la communauté d'agglomération de Montluçon ; 51 médecins généralistes se répartissent le reste du territoire. Les professionnels de santé de proximité sont inégalement répartis. Le temps d'accès moyen aux services de santé est de 12 minutes mais il s'élève jusqu'à 35 minutes pour des bassins de vie excentrés comme Montmarault. Quatre établissements hospitaliers et une quinzaine de maisons de retraite concentrent l'offre de soins hospitaliers ou d'hébergement des personnes âgées.

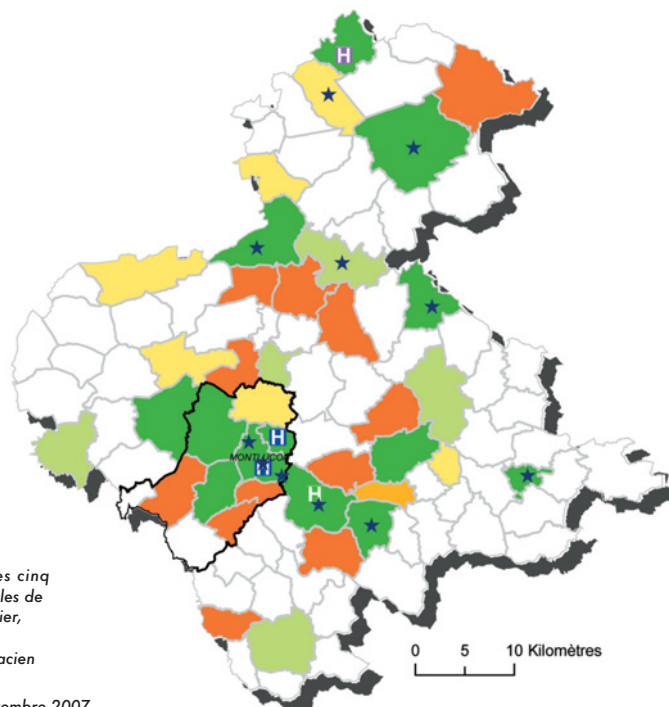
### Établissements de soins

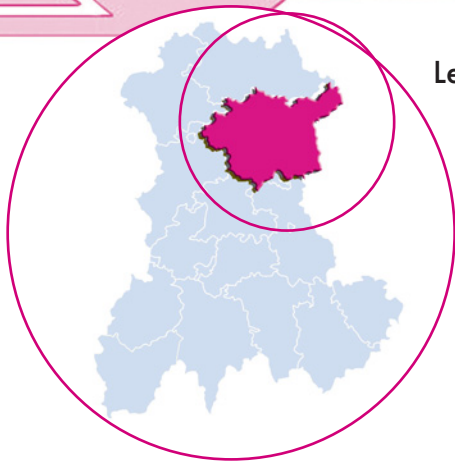
-  Établissement de court séjour
-  Établissement de moyen séjour
-  Établissement de psychiatrie
-  Centre de lutte contre le cancer
-  Hôpital local
-  Maison de retraite

### Nombre de professions de santé libérales par commune

-  1 seule profession
-  2 professions différentes
-  3 professions différentes
-  4 professions différentes
-  5 professions différentes
-  Communauté d'agglomération

Sont prises en compte les cinq professions de santé libérales de proximité : médecin, infirmier, masseur-kinésithérapeute, chirurgien-dentiste, pharmacien





Le pays de Vichy-Auvergne est le dernier né des pays de la région Auvergne : il est composé de dix communautés de communes de l'Allier, de la communauté d'agglomération de Vichy et de trois communes du Puy-de-Dôme (Chateldon, Lachaux, Ris). Les 169 communes qui le composent regroupent 156 000 habitants soit 45 % de la population de l'Allier. La communauté d'agglomération de Vichy concentre 48 % de la population du pays à elle seule.

## Données socio-démographiques

Sources : Insee RP 99, Urcam, Caf, MSA, DRTEFP, Cram (au 31 décembre 2006, au 1<sup>er</sup> janvier 2006 pour la France Métropolitaine)

	France métropolitaine		Auvergne		Allier		Puy-de-Dôme		Pays de Vichy-Auvergne		CA Vichy	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Population totale en 1999 (RP)	58 520 688	-	1 308 656	-	344 615	-	604 222	-	156 214	-	74 774	-
Densité hab./km <sup>2</sup>	-	107,6	-	50,0	-	46,7	-	75,4	-	52,0	-	227,7
Part des moins de 25 ans (en % de la population totale)	18 092 988	30,9	359 515	27,5	87 840	25,5	175 835	29,1	39 594	25,3	18 728	25,0
Part des plus 75 ans (en % de la population totale)	4 504 911	7,7	124 525	9,5	38 857	11,3	48 813	8,1	18 792	12,0	9 257	12,4
CMUc %	4 112 523	7,0	60 005	4,6	19 182	5,6	28 625	4,7	9 152	5,9	5 343	7,1
RMI %	1 134 485	4,1	19 343	3,1	6 319	4,0	9 536	3,3	3 183	4,6	1 923	5,7
Chômeurs Longue durée %	Nd	Nd	9 451	17,2	3 156	20,5	4 508	16,9	1 611	21,9	892	21,9
Chômeurs de moins de 25 ans %	Nd	Nd	10 113	18,4	2 836	18,4	4 825	18,1	1 282	17,4	677	16,6
ASV %	511 822	5,2	14 955	5,6	4 069	5,1	5 678	5,3	2 005	5,3	769	4,2

La densité de population du pays de Vichy est supérieure à celle de l'Allier et même à celle de l'Auvergne. Comparé à l'Auvergne le pays est moins jeune : 25 % de jeunes de moins de 25 ans contre 27 % et 12 % de personnes âgées de 75 ans et plus contre 9 %. Les bénéficiaires de la CMUc, du RMI ou les chômeurs de longue durée sont proportionnellement plus nombreux qu'au niveau régional. L'agglomération de Vichy se distingue du reste du pays par une plus forte proportion de bénéficiaires de la CMUc, du RMI mais un poids plus faible du minimum vieillesse.

## Indicateurs de mortalité

Sources : Inserm CépiDc, période 2002-2004, Insee

	France métropolitaine		Auvergne		Allier		Puy-de-Dôme		Pays de Vichy-Auvergne		CA Vichy	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité générale Hommes	270 403	100	7 505	106,8	2 242	106,6	3 058	107,3	1 050	104,0	493	106,2
Mortalité générale Femmes	259 916	100	7 001	-	2 114	-	2 831	-	1 010	91,7	501	91,8
Mortalité avant 65 ans Hommes	74 193	100	1 844	106,9	538	121,3	816	-	243	124,8	120	131,4
Mortalité avant 65 ans Femmes	33 652	100	733	-	215	-	331	93,0	94	-	51	-
Mortalité par cancer Hommes	87 608	100	2 410	105,6	716	106,9	1 006	107,0	312	-	146	-
Mortalité par cancer Femmes	58 672	100	1 544	-	459	-	644	-	213	-	107	-
Mortalité appareil circulatoire Hommes	71 650	100	2 158	113,4	645	109,9	880	117,2	328	114,7	151	114,3
Mortalité appareil circulatoire Femmes	82 817	100	2 376	105,9	725	103,0	951	107,4	354	-	183	-
Mortalité suicide Hommes	7 842	100	208	112,6	63	126,6	94	113,3	24	-	13	-
Mortalité suicide Femmes	2 888	100	75	-	26	142,7	35	-	12	-	6	-

Chaque année le pays de Vichy enregistre un peu plus de 2 000 décès. Les hommes connaissent une surmortalité générale de 4 % par rapport à la France métropolitaine, les femmes une sous-mortalité de 8 %. Les maladies cardiovasculaires sont la cause de 33 % des décès annuels et les cancers comptent pour 25 %. La surmortalité des hommes est due à une surmortalité prématurée (avant 65 ans) de 25 % et à une surmortalité due aux maladies de l'appareil circulatoire de 15 %. Cette surmortalité masculine est également observée dans l'agglomération de Vichy.



## Besoins de prévention et de soins

Sources : Inserm CépiDc, période 2002-2004, Insee

	France métropolitaine		Auvergne		Allier		Puy-de-Dôme		Pays de Vichy-Auvergne		CA Vichy	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Hommes	28 733	100	728	109,3	212	124,7	326	-	94	125,8	47	135,5
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Femmes	7 926	100	167	-	58	123,3	73	86,4	24	-	13	-
Mortalité attribuée au système de soins Hommes	8 293	100	220	111,5	66	130,0	97	-	34	153,5	16	150,3
Mortalité attribuée au système de soins Femmes	8 031	100	174	-	47	-	84	-	25	-	11	-

Sur les 337 décès prématurés (avant 65 ans), plus de la moitié pourraient être évités. Deux décès évitables sur trois ont pour cause des facteurs de risques individuels tels que la consommation d'alcool ou de tabac. Les hommes de ce pays sont touchés par une surmortalité de 26 % pour les risques individuels et de 53 % pour la mortalité attribuée à la prise en charge par le système de soins.







## Offre de soins et de prévention

Sources : DRASS, fichier Adéli au 1er janvier 2006, Insee







	France métropolitaine		Auvergne		Allier		Puy-de-Dôme		Pays de Vichy-Auvergne		CA Vichy	
	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité
Densité de médecins généralistes (pour 100 000 hts)	68 411	116,90	1 446	110,50	360	104,46	704	116,51	158	101,14	90	120,36
Densité de cardiologues (pour 100 000 hts)	6 060	10,36	107	8,19	25	7,22	65	10,73	10	6,68	10	13,97
Densité de pédiatres (pour 100 000 enfants de moins de 16 ans)	6 743	60,15	95	44,18	18	32,83	64	63,28	6	24,68	6	54,62
Densité de radiologues (pour 100 000 hts)	7 748	13,24	134	10,28	31	9,09	84	13,85	12	7,68	11	14,71
Densité de gynécologues (pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans)	7 197	49,85	135	44,44	32	43,00	80	53,64	15	22,38	15	90,18
Densité d'ophtalmologues (pour 100 000 hts)	5 484	9,37	111	8,49	24	6,96	66	10,84	12	7,68	12	16,05
Densité de psychiatres (pour 100 000 hts)	13 601	23,24	202	15,45	37	10,64	125	20,62	16	10,17	16	21,24

La communauté d'agglomération de Vichy concentre à elle seule la majorité des médecins spécialistes du pays et les densités pour 100 000 habitants sont bien supérieures à celles de la région. De même, 57 % des médecins généralistes sont installés dans l'agglomération. C'est aussi là que sont localisés les établissements de soins. Sur le reste du territoire, une dizaine de communes possède tous les professionnels de santé de proximité ainsi qu'une maison de retraite. Un grand nombre de communes ne dispose que d'une seule profession, généralement l'infirmier.

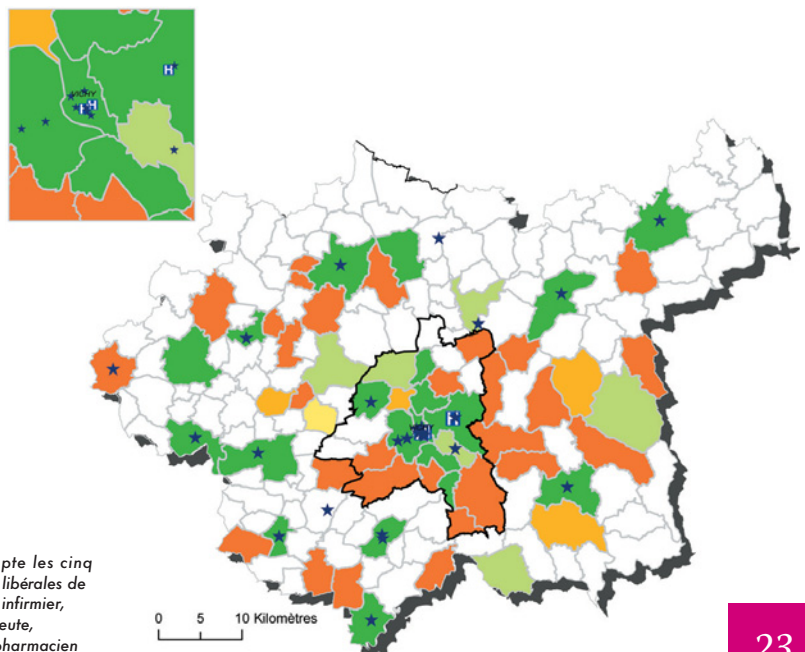
### Établissements de soins

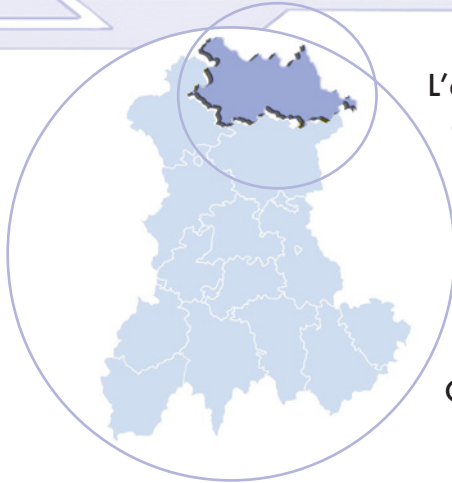
-  Établissement de court séjour
-  Établissement de moyen séjour
-  Établissement de psychiatrie
-  Centre de lutte contre le cancer
-  Hôpital local
-  Maison de retraite

### Nombre de professions de santé libérales par commune

-  1 seule profession
-  2 professions différentes
-  3 professions différentes
-  4 professions différentes
-  5 professions différentes
-  Communauté d'agglomération

Sont prises en compte les cinq professions de santé libérales de proximité : médecin, infirmier, masseur-kinésithérapeute, chirurgien-dentiste, pharmacien





L'ensemble des communes de l'Allier hors pays actuellement, comprend sept communautés de communes au Nord-est du département, regroupant 87 communes et 92 800 habitants. La communauté d'agglomération de Moulins concentre près de 60 % des habitants de cet ensemble.

Ce sont les communauté de communes de Bocage Sud, pays de Chevagne en Sologne, pays de Lévis en Bocage Bourbonnais, Bocage Bourbonnais, Val de Bresbre Sologne Bourbonnais, communauté d'agglomération de Moulins et trois communes appartenant au pays Chorlais-Brionnais.

## Données socio-démographiques

Sources : Insee RP 99, Urcam, Caf, MSA, DRTEFP, Cram (au 31 décembre 2006, au 1<sup>er</sup> janvier 2006 pour la France Métropolitaine)

	France métropolitaine		Auvergne		Allier		CC Allier Hors Pays		CA Moulins	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Population totale en 1999 (RP)	58 520 688	-	1 308 656	-	344 615	-	92 855	-	55 112	-
Densité hab./km <sup>2</sup>	-	107,6	-	50,0	-	46,7	-	35,5	-	72,5
Part des moins de 25 ans (en % de la population totale)	18 092 988	30,9	359 515	27,5	87 840	25,5	24 675	26,6	15 058	27,3
Part des plus 75 ans (en % de la population totale)	4 505 911	7,7	124 525	9,5	38 857	11,3	9 180	9,9	5 004	9,1
CMUc %	4 112 523	7,0	60 005	4,6	19 182	5,6	4 774	5,1	3 249	5,9
RMI %	1 134 485	4,1	19 343	3,1	6 319	4,0	1 447	3,3	935	3,5
Chômeurs Longue durée %	Nd	Nd	9 451	17,2	3 156	20,5	660	18,4	412	18,5
Chômeurs de moins de 25 ans %	Nd	Nd	10 113	18,4	2 836	18,4	719	20,0	478	21,5
ASV %	511 822	5,2	14 955	5,6	4 069	5,1	1 109	5,7	557	5,3

Ce territoire est assez étendu ce qui explique une densité de population assez faible, malgré la présence de l'agglomération de Moulins. C'est un territoire un peu plus jeune que l'ensemble du département : 1 point de plus pour la proportion de jeunes de moins de 25 ans et 1,4 point de moins pour la proportion de personnes âgées de 75 ans et plus. La part des chômeurs de longue durée est inférieure de 2,1 points à celle du département et la part des chômeurs de moins de 25 ans est plus élevée de 1,6 points.

## Indicateurs de mortalité

Sources : Insee RP 99, Urcam, Caf, MSA, DRTEFP, Cram (au 31 décembre 2006, au 1<sup>er</sup> janvier 2006 pour la France Métropolitaine)

	France métropolitaine		Auvergne		Allier		CC Allier Hors Pays		CA Moulins	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité générale Hommes	270 403	100	7 505	106,8	2 242	106,6	545	-	292	-
Mortalité générale Femmes	259 916	100	7 001	-	2 114	-	534	-	294	-
Mortalité avant 65 ans Hommes	74 193	100	1 844	106,9	538	121,3	136	114,5	79	114,8
Mortalité avant 65 ans Femmes	33 652	100	733	-	215	-	58	-	35	-
Mortalité par cancer Hommes	87 608	100	2 410	105,6	716	106,9	181	-	104	115,7
Mortalité par cancer Femmes	58 672	100	1 544	-	459	-	117	-	68	-
Mortalité appareil circulatoire Hommes	71 650	100	2 158	113,4	645	109,9	147	-	73	-
Mortalité appareil circulatoire Femmes	82 817	100	2 376	105,9	725	103,0	175	-	93	-
Mortalité suicide Hommes	7 842	100	208	112,6	63	126,6	21	157,5	12	162,8
Mortalité suicide Femmes	2 888	100	75	-	26	142,7	8	159,5	6	198,4

La mortalité générale des habitants de ce territoire ne présente pas de caractéristique différente de celle de la France métropolitaine. Mais, quel que soit le sexe, le suicide représente une cause de surmortalité importante : +58 % pour les hommes et +60 % pour les femmes. Cette surmortalité est encore plus forte dans la communauté d'agglomération de Moulins. La surmortalité frappe également les hommes avant 65 ans : +15 %.

## Besoins de prévention et de soins

Sources : Inserm CépiDc, période 2002-2004, Insee

	France métropolitaine		Auvergne		Allier		CC Allier Hors Pays		CA Moulins	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Hommes	28 733	100	728	109,3	212	124,7	55	120,0	32	-
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Femmes	7 926	100	167	-	58	123,3	17	138,1	13	169,3
Mortalité attribuée au système de soins Hommes	8 293	100	220	111,5	66	130	16	-	10	-
Mortalité attribuée au système de soins Femmes	8 031	100	174	-	47	-	14	-	9	-

194 décès surviennent avant 65 ans. Parmi ces décès prématurés, plus de la moitié sont évitables notamment par une réduction des facteurs de risques individuels (tabac, alcool...). La mortalité causée par des comportements individuels est sur ce territoire supérieure de 20 % à celle de la France métropolitaine pour les hommes et de 38 % pour les femmes. Dans la communauté d'agglomération de Moulins cette surmortalité atteint 69 %.







## Offre de soins et de prévention

Sources : DRASS, fichier Adéli au 1er janvier 2006, Insee







	France métropolitaine		Auvergne		Allier		CC Allier Hors Pays		CA Moulins	
	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité
Densité de médecins généralistes (pour 100 000 hts)	68 411	116,90	1 446	110,50	360	104,46	95	102,31	58	105,24
Densité de cardiologues (pour 100 000 hts)	6 060	10,36	107	8,19	25	7,22	5	5,62	5	9,47
Densité de pédiatres (pour 100 000 enfants de moins de 16 ans)	6 743	60,15	95	44,18	18	32,83	4	27,99	4	45,84
Densité de radiologues (pour 100 000 hts)	7 748	13,24	134	10,28	31	9,09	7	7,66	7	12,90
Densité de gynécologues (pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans)	7 197	49,85	135	44,44	32	43,00	6	14,55	6	46,92
Densité d'ophtalmologues (pour 100 000 hts)	5 484	9,37	111	8,49	24	6,96	6	6,46	6	10,89
Densité de psychiatres (pour 100 000 hts)	13 601	23,24	202	15,45	37	10,64	10	11,25	10	18,95

Les médecins spécialistes sont concentrés dans la communauté d'agglomération de Moulins. La moitié des médecins généralistes s'y trouve également. Dans l'agglomération se trouvent également les établissements de soins de court séjour et de nombreuses maisons de retraite. Sur le reste du territoire, seulement cinq communes disposent de la présence de tous les professionnels de santé de proximité. Deux hôpitaux locaux et cinq maisons de retraite complètent l'offre d'hébergement et de soins sur ce territoire.

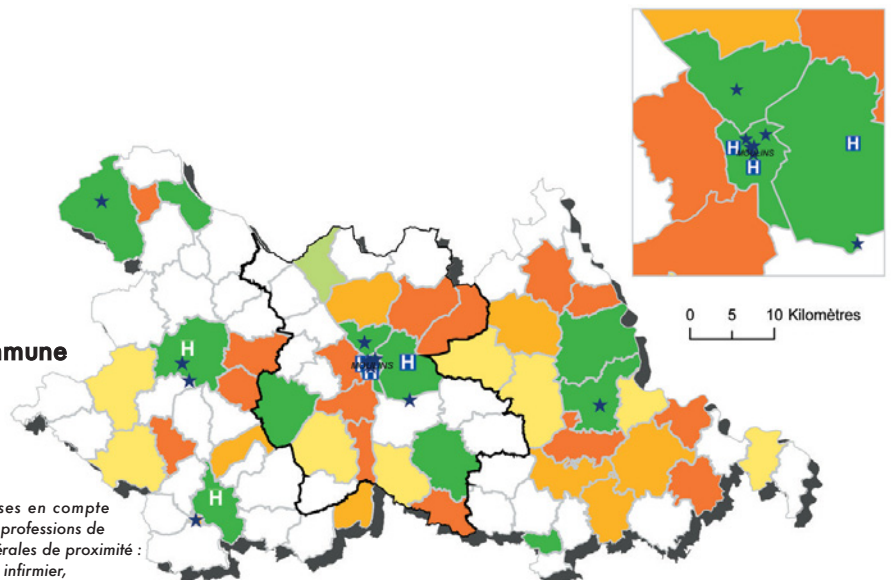
### Établissements de soins

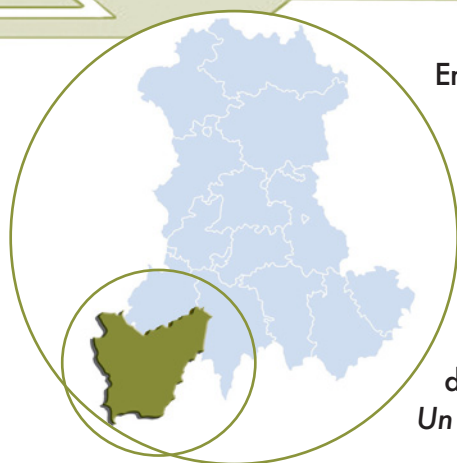
-  Établissement de court séjour
-  Établissement de moyen séjour
-  Établissement de psychiatrie
-  Centre de lutte contre le cancer
-  Hôpital local
-  Maison de retraite

### Nombre de professions de santé libérales par commune

-  1 seule profession
-  2 professions différentes
-  3 professions différentes
-  4 professions différentes
-  5 professions différentes
-  Communauté d'agglomération

Sont prises en compte les cinq professions de santé libérales de proximité : médecin, infirmier, masseur-kinésithérapeute, chirurgien-dentiste, pharmacien





Entièrement situé dans le département du Cantal, le périmètre du pays d'Aurillac reprend les limites de l'arrondissement, exception faite du canton de Saint-Cernin. Avec un peu moins de 80 000 habitants et 32 000 emplois, ce territoire s'étend sur 89 communes autour de l'agglomération d'Aurillac qui constitue son poumon démographique et économique. L'enclavement géographique et le déficit en voies d'accès rapides autoroutières ou ferroviaires sont un frein à son développement et contribuent à limiter son attractivité. Il est de plus confronté au vieillissement de sa population : un habitant sur deux a plus de 42 ans, soit 1 an de plus qu'en Auvergne et 7 ans de plus qu'en métropole. *Un diagnostic sanitaire et social du pays a été réalisé en 2004.*

## Données socio-démographiques

Sources : Insee RP 99, Urcam, Caf, MSA, DRTEFP, Cram (au 31 décembre 2006, au 1<sup>er</sup> janvier 2006 pour la France Métropolitaine)

	France métropolitaine		Auvergne		Cantal		Aurillac		CA Aurillac	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Population totale en 1999 (RP)	58 520 688	-	1 308 656	-	150 772	-	79 513	-	53 096	-
Densité hab./km <sup>2</sup>	-	107,6	-	50,0	-	26,1	-	44,0	-	120,3
Part des moins de 25 ans (en % de la population totale)	18 092 988	30,9	359 515	27,5	37 493	24,9	20 902	26,3	14 920	27,9
Part des plus 75 ans (en % de la population totale)	4 505 911	7,7	124 525	9,5	16 662	11,1	7 945	10,0	4 462	8,4
CMUc %	4 112 523	7,0	60 005	4,6	5 423	3,6	3 422	4,3	2 732	5,1
RMI %	1 134 485	4,1	19 343	3,1	1 584	2,3	953	2,5	726	2,8
Chômeurs Longue durée %	Nd	Nd	9 451	17,2	538	11,2	294	11,3	213	11,0
Chômeurs de moins de 25 ans %	Nd	Nd	10 113	18,4	889	18,6	457	17,6	340	17,6
ASV %	511 822	5,2	14 955	5,6	2 494	7,1	1 100	6,5	545	5,7

Plus d'un habitant sur quatre a moins de 25 ans et un sur dix a plus de 75 ans : ces deux chiffres sont favorables au pays par rapport à l'ensemble du département. Le taux de chômage faible, inférieur à la moyenne régionale et à la moyenne nationale est le résultat de la progression du nombre d'emplois dans un territoire épargné par les restructurations industrielles au cours de la dernière décennie. Ainsi, les jeunes chômeurs de moins de 25 ans et les chômeurs de longue durée sont proportionnellement moins nombreux qu'au niveau régional. La proportion de bénéficiaires du RMI ou de la CMUc est plus faible qu'au niveau national.

## Indicateurs de mortalité

Sources : Inserm CépiDc, période 2002-2004, Insee

	France métropolitaine		Auvergne		Cantal		Aurillac		CA Aurillac	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité générale Hommes	270 403	100	7 505	106,8	971	-	445	-	252	-
Mortalité générale Femmes	259 916	100	7 001	-	885	-	416	91,7	248	-
Mortalité avant 65 ans Hommes	74 193	100	1 844	106,9	205	-	97	-	63	-
Mortalité avant 65 ans Femmes	33 652	100	733	-	76	-	44	-	30	-
Mortalité par cancer Hommes	87 608	100	2 410	105,6	296	-	138	-	83	-
Mortalité par cancer Femmes	58 672	100	1 544	-	177	91,4	89	-	51	-
Mortalité appareil circulatoire Hommes	71 650	100	2 158	113,4	295	113,3	137	-	73	-
Mortalité appareil circulatoire Femmes	82 817	100	2 376	105,9	314	-	144	-	82	-
Mortalité suicide Hommes	7 842	100	208	112,6	21	-	11	-	6	-
Mortalité suicide Femmes	2 888	100	75	-	nc	-	nc	-	nc	-

Excepté une sous mortalité générale de 9 % chez les femmes, le pays d'Aurillac ne présente pas de caractéristiques de mortalité différentes de la France métropolitaine. Les principales causes de décès sont les maladies cardiovasculaires et les cancers (respectivement 33 % et 26 % des décès). La mortalité prématurée des hommes (avant 65 ans) contribue à 22 % des décès masculins.

## Besoins de prévention et de soins

Sources : Inserm CépiDc, période 2002-2004, Insee

	France métropolitaine		Auvergne		Cantal		Aurillac		CA Aurillac	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Hommes	28 733	100	728	109,3	77	-	35	-	24	-
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Femmes	7 926	100	167	-	14	68,1	9	-	6	-
Mortalité attribuée au système de soins Hommes	8 293	100	220	111,5	22	-	11	-	7	-
Mortalité attribuée au système de soins Femmes	8 031	100	174	-	18	-	9	-	6	-

Parmi les 141 décès prématurés, près de la moitié pourraient être évités. Parmi les décès évitables, 72 % sont des décès masculins. Pour les hommes, comme en Auvergne et en France, plus de 75 % des décès prématurés évitables peuvent être expliqués par des comportements individuels (tabac, alcool...). Pour les femmes, les décès évitables sont autant dus à des comportements individuels qu'à leur prise en charge par le système de soins.







## Offre de soins et de prévention

Sources : DRASS, fichier Adéli au 1er janvier 2006, Insee







	France métropolitaine		Auvergne		Cantal		Aurillac		CA Aurillac	
	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité
Densité de médecins généralistes (pour 100 000 hts)	68 411	116,90	1 446	110,50	163	108,11	88	110,67	63	118,65
Densité de cardiologues (pour 100 000 hts)	6 060	10,36	107	8,19	9	6,07	7	8,99	7	13,47
Densité de pédiatres (pour 100 000 enfants de moins de 16 ans)	6 743	60,15	95	44,18	4	18,86	2	18,38	2	25,98
Densité de radiologues (pour 100 000 hts)	7 748	13,24	134	10,28	9	6,27	8	10,63	8	15,91
Densité de gynécologues (pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans)	7 197	49,85	135	44,44	12	35,83	8	22,63	8	63,74
Densité d'ophtalmologues (pour 100 000 hts)	5 484	9,37	111	8,49	11	7,49	9	11,70	9	17,51
Densité de psychiatres (pour 100 000 hts)	13 601	23,24	202	15,45	17	10,97	13	16,65	13	24,92

L'offre de soins de premier recours (médecins, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, dentistes, pharmaciens) est très présente sur la communauté d'agglomération mais se raréfie jusqu'à disparaître même dans un bon nombre de communes. Cependant la présence de médecins généralistes est aussi forte qu'au niveau régional. Grâce à la présence d'Aurillac et de son agglomération, la densité des médecins spécialistes est plus forte que pour l'ensemble du département pour les cardiologues, les radiologues, les ophtalmologues et les psychiatres mais plus faible pour les gynécologues. Sont présents sur ce territoire : deux établissements hospitaliers, treize maisons de retraite et deux établissements de moyen séjour.

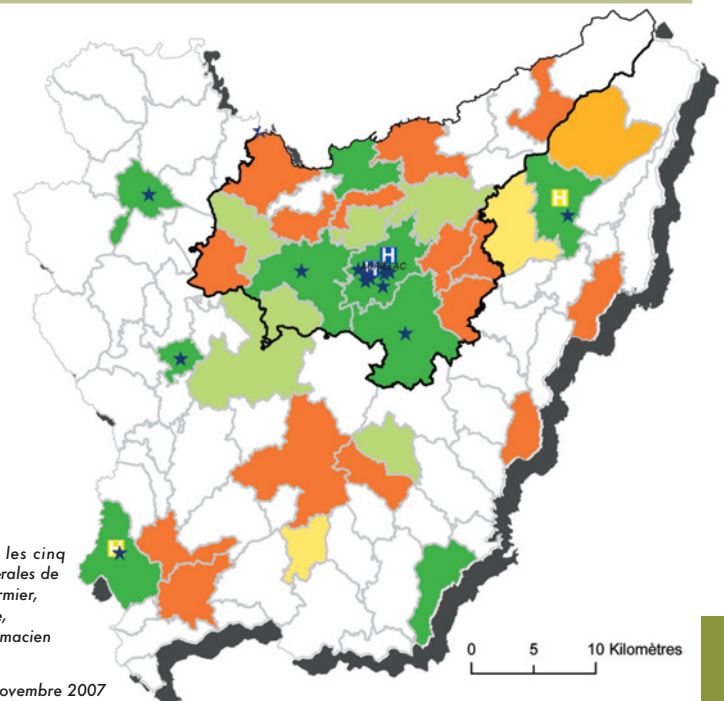
## Établissements de soins

-  Établissement de court séjour
-  Établissement de moyen séjour
-  Établissement de psychiatrie
-  Centre de lutte contre le cancer
-  Hôpital local
-  Maison de retraite

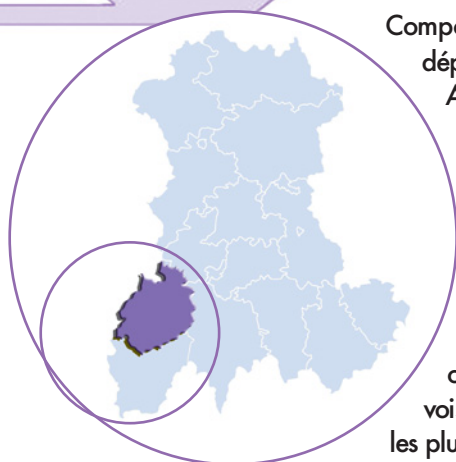
## Nombre de professions de santé libérales par commune

-  1 seule profession
-  2 professions différentes
-  3 professions différentes
-  4 professions différentes
-  5 professions différentes
-  Communauté d'agglomération

Sont prises en compte les cinq professions de santé libérales de proximité : médecin, infirmier, masseur-kinésithérapeute, chirurgien-dentiste, pharmacien



# Pays du Haut Cantal-Dordogne



Composé de la partie nord-ouest du Cantal et de la commune de Bort-les-Orgues\* dans le département de la Corrèze, le pays du Haut Cantal-Dordogne s'étend sur deux régions : Auvergne et Limousin et compte 67 communes. Un fort enclavement, une démographie déficitaire, l'absence d'un pôle urbain doté des services structurants situent le pays parmi les zones rurales françaises éprouvant de réelles difficultés. Avec 32 000 habitants et 12 000 emplois, ce territoire se caractérise par une forte proportion de communes de petite taille et une faible densité de population (21 habitants/km<sup>2</sup>). Dépourvu d'un pôle central fédérateur, il se structure autour de deux pôles d'emplois de l'espace rural - Mauriac et Bort-les-Orgues - et d'un pôle de services moins important Riom-ès-Montagnes. La situation démographique du territoire est préoccupante du fait du vieillissement de ses habitants, dont un tiers a 60 ans ou plus. Le pays ne bénéficie pas de l'attractivité que l'on observe dans les bassins ruraux voisins. Les mouvements migratoires déficitaires montrent un départ massif des jeunes notamment les plus qualifiés. L'installation des retraités ne compense pas ces nombreux départs.

\*Pour le calcul des indicateurs, la commune de Bort-les-Orgues n'est pas prise en compte.

## Données socio-démographiques

Sources : Insee RP 99, Urcam, Caf, MSA, DRTEFP, Cram (au 31 décembre 2006, au 1<sup>er</sup> janvier 2006 pour la France Métropolitaine)

	France métropolitaine		Auvergne		Cantal		Haut Cantal-Dordogne	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Population totale en 1999 (RP)	58 520 688	-	1 308 656	-	150 772	-	32 244	-
Densité hab./km <sup>2</sup>	-	107,6	-	50,0	-	26,1	-	20,8
Part des moins de 25 ans (en % de la population totale)	18 092 988	30,9	359 515	27,5	37 493	24,9	7 117	22,1
Part des plus 75 ans (en % de la population totale)	4 504 911	7,7	124 524	9,5	16 662	11,1	4 080	12,7
CMUc %	4 112 523	7,0	60 005	4,6	5 423	3,6	849	2,6
RMI %	1 134 485	4,1	19 343	3,1	1 584	2,3	259	1,8
Chômeurs Longue durée %	Nd	Nd	9 451	17,2	538	11,2	66	7,0
Chômeurs de moins de 25 ans %	Nd	Nd	10 113	18,4	889	18,6	194	20,6
ASY %	511 822	5,2	14 955	5,6	2 494	7,1	630	7,2

Deux éléments caractérisent le pays comme le plus âgé des pays de l'Auvergne : un taux de jeunes de moins de 25 ans plus faible et un taux de personnes âgées de 75 ans et plus bien plus fort. Les proportions de bénéficiaires du RMI et de la CMUc sont très inférieures aux taux national et régional. La part importante des personnes percevant le minimum vieillesse témoigne de l'activité plutôt agricole et de services sur ce territoire.

## Indicateurs de mortalité

Sources : Inserm CépiDc, période 2002-2004, Insee

	France métropolitaine		Auvergne		Cantal		Haut Cantal-Dordogne	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité générale Hommes	270 403	100	7 505	106,8	971	-	247	-
Mortalité générale Femmes	259 916	100	7 001	-	885	-	209	-
Mortalité avant 65 ans Hommes	74 193	100	1 844	106,9	205	-	48	-
Mortalité avant 65 ans Femmes	33 652	100	733	-	76	-	13	73,1
Mortalité par cancer Hommes	87 608	100	2 410	105,6	296	-	75	-
Mortalité par cancer Femmes	58 672	100	1 544	-	177	91,4	39	-
Mortalité appareil circulatoire Hommes	71 650	100	2 158	113,4	295	113,3	74	-
Mortalité appareil circulatoire Femmes	82 817	100	2 376	105,9	314	-	82	115,5
Mortalité suicide Hommes	7 842	100	208	112,6	21	-	nc	-
Mortalité suicide Femmes	2 888	100	75	-	nc	-	0	0

Par rapport à la France, le pays se caractérise par une sous-mortalité prématurée avant 65 ans chez les femmes de 27 % et une surmortalité également pour les femmes, due aux maladies cardiovasculaires de 15 %. Les décès dus à l'appareil circulatoire représentent 34 % des décès (31 % en Auvergne) et les cancers sont la deuxième cause de mortalité avec 25 % des décès (27 % en Auvergne). Les décès dus à une mortalité prématurée représentent 19 % des décès masculins et 6 % des décès féminins.

## Besoins de prévention et de soins

Sources : Inserm CépiDc, période 2002-2004, Insee

	France métropolitaine		Auvergne		Cantal		Haut Cantal-Dordogne	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Hommes	28 733	100	728	109,3	77	-	17	-
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Femmes	7 926	100	167	-	14	68,1	nc	32,2
Mortalité attribuée au système de soins Hommes	8 293	100	220	111,5	22	-	6	-
Mortalité attribuée au système de soins Femmes	8 031	100	174	-	18	-	nc	-

Près d'un décès prématuré (avant 65 ans) sur deux pourrait être évité : soit en modifiant les comportements individuels (alcool, tabac...) soit par une meilleure prise en charge par le système de soins.







## Offre de soins et de prévention

Sources : DRASS, fichier Adéli au 1er janvier 2006, Insee







	France métropolitaine		Auvergne		Cantal		Haut Cantal-Dordogne	
	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité
Densité de médecins généralistes (pour 100 000 hts)	68 411	116,90	1 446	110,50	163	108,11	35	108,55
Densité de cardiologues (pour 100 000 hts)	6 060	10,36	107	8,19	9	6,07	1	3,10
Densité de pédiatres (pour 100 000 enfants de moins de 16 ans)	6 743	60,15	95	44,18	4	18,86	0	0,00
Densité de radiologues (pour 100 000 hts)	7 748	13,24	134	10,28	9	6,27	1	3,10
Densité de gynécologues (pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans)	7 197	49,85	135	44,44	12	35,83	0	0,00
Densité d'ophtalmologues (pour 100 000 hts)	5 484	9,37	111	8,49	11	7,49	1	3,10
Densité de psychiatres (pour 100 000 hts)	13 601	23,24	202	15,45	17	10,97	0	0,00

Dans le pays, les communes de Mauriac et Bort-les-Orgues (hors Auvergne) disposent d'un centre hospitalier. La clinique de Riom-ès-Montagnes offre une capacité de 40 lits en court et moyen séjour. Les médecins spécialistes sont peu nombreux : un cardiologue, un radiologue, un ophtalmologue pour 32 000 habitants. Néanmoins, les services de santé de proximité assurent une assez bonne couverture sur le pays (médecins généralistes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes). Huit établissements accueillent les personnes âgées sur le territoire.

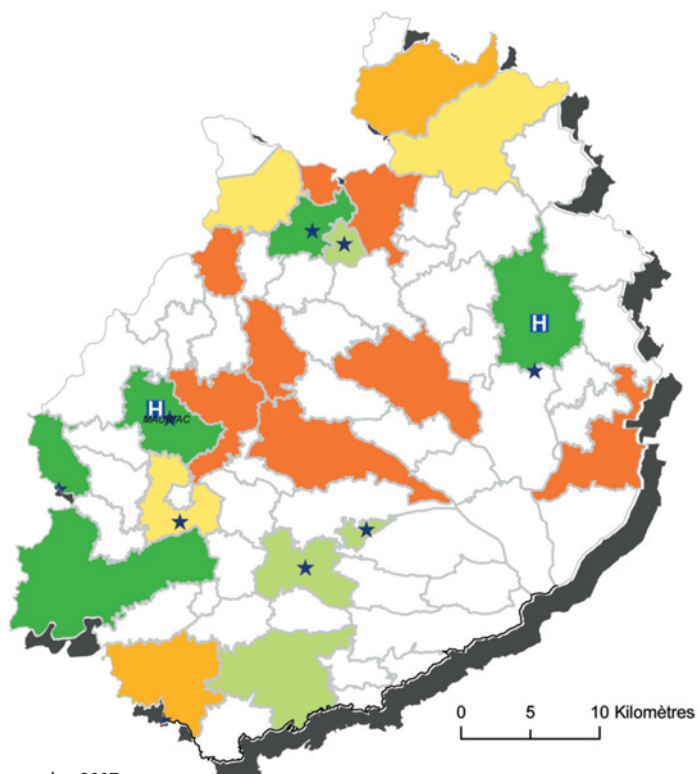
### Établissements de soins

-  Établissement de court séjour
-  Établissement de moyen séjour
-  Établissement de psychiatrie
-  Centre de lutte contre le cancer
-  Hôpital local
-  Maison de retraite

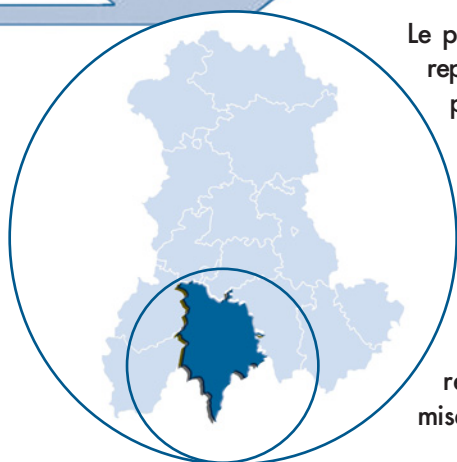
### Nombre de professions de santé libérales par commune

-  1 seule profession
-  2 professions différentes
-  3 professions différentes
-  4 professions différentes
-  5 professions différentes
-  Communauté d'agglomération

Sont prises en compte les cinq professions de santé libérales de proximité : médecin, infirmier, masseur-kinésithérapeute, chirurgien-dentiste, pharmacien



# Pays de Saint-Flour Haute-Auvergne



Le pays de Saint-Flour Haute-Auvergne entièrement situé dans le département du Cantal, reprend, à quatre communes près, les limites de l'arrondissement. Rassemblant 15 000 emplois pour 39 000 habitants, c'est un territoire de montagne peu peuplé au caractère rural très marqué. Aucune des 105 communes n'appartient à une couronne périurbaine. Une situation démographique difficile marque ce territoire : peu d'attractivité, départ des jeunes par manque d'emplois qualifiés, vieillissement. Au cœur du territoire, Saint-Flour par ses équipements typiquement urbains assure une forte cohésion. Un maillage de communes bien dotées en commerces et services permet d'irriguer les espaces les plus isolés et de maintenir une dynamique d'activité. L'agriculture demeure le secteur d'activité prépondérant à la base d'un tissu industriel spécialisé dans l'agroalimentaire. Le pays dispose d'un bon réseau de voies de communication, auquel s'ajoute l'A75, qui le traverse sur sa partie Est. La mise en service du viaduc de Millau accentue son rôle dans le développement économique.

## Données socio-démographiques

Sources : Insee RP 99, Urcam, Caf, MSA, DRTEFP, Cram (au 31 décembre 2006, au 1<sup>er</sup> janvier 2006 pour la France Métropolitaine)

	France métropolitaine		Auvergne		Cantal		Saint-Flour / Haute-Auvergne	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Population totale en 1999 (RP)	58 520 688	-	1 308 656	-	150 772	-	39 015	-
Densité hab./km <sup>2</sup>	-	107,6	-	50,0	-	26,1	-	16,1
Part des moins de 25 ans (en % de la population totale)	18 092 988	30,9	359 515	27,5	37 493	24,9	9 474	24,3
Part des plus 75 ans (en % de la population totale)	4 504 911	7,7	124 525	9,5	16 662	11,1	4 637	11,9
CMUc %	4 112 523	7,0	60 005	4,6	5 423	3,6	1 152	3,0
RMI %	1 134 485	4,1	19 343	3,1	1 584	2,3	372	2,1
Chômeurs Longue durée %	Nd	Nd	9 451	17,2	538	11,2	178	14,2
Chômeurs de moins de 25 ans %	Nd	Nd	10 113	18,4	889	18,6	238	19,0
ASV %	511 822	5,2	14 955	5,6	2 494	7,1	765	7,9

Près d'une personne sur quatre a moins de 25 ans, comme dans le Cantal ; mais ce taux est nettement plus faible que pour l'ensemble de la région et de la France. Les personnes âgées de 75 ans et plus représentent 12 % de la population du pays, soit plus de quatre points qu'en France. Le pays compte une faible proportion de bénéficiaires du RMI et de la CMUc mais un poids important des bénéficiaires du minimum vieillesse, caractéristique d'un territoire rural.

## Indicateurs de mortalité

Sources : Inserm CépiDc, période 2002-2004, Insee

	France métropolitaine		Auvergne		Cantal		Saint-Flour / Haute-Auvergne	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité générale Hommes	270 403	100	7 505	106,8	971	-	279	-
Mortalité générale Femmes	259 916	100	7 001	-	885	-	259	118,3
Mortalité avant 65 ans Hommes	74 193	100	1 844	106,9	205	-	60	-
Mortalité avant 65 ans Femmes	33 652	100	733	-	76	-	19	-
Mortalité par cancer Hommes	87 608	100	2 410	105,6	296	-	83	-
Mortalité par cancer Femmes	58 672	100	1 544	-	177	91,4	48	-
Mortalité appareil circulatoire Hommes	71 650	100	2 158	113,4	295	113,3	83	-
Mortalité appareil circulatoire Femmes	82 817	100	2 376	105,9	314	-	88	-
Mortalité suicide Hommes	7 842	100	208	112,6	21	-	6	-
Mortalité suicide Femmes	2 888	100	75	-	nc	-	nc	-

Par rapport au niveau national le pays ne présente pas de caractéristiques différentes en ce qui concerne la mortalité générale. Les deux principales causes de décès sont comme en France les maladies cardiovasculaires (32 % des décès) et les cancers (24 % des décès). La mortalité prématurée (avant 65 ans) pour les hommes est supérieure de 18 % à la mortalité nationale.



## Besoins de prévention et de soins

Sources : Inserm CépiDc, période 2002-2004, Insee

	France métropolitaine		Auvergne		Cantal		Saint-Flour / Haute-Auvergne	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Hommes	28 733	100	728	109,3	77	-	24	-
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Femmes	7 926	100	167	-	14	68,1	nc	-
Mortalité attribuée au système de soins Hommes	8 293	100	220	111,5	22	-	nc	-
Mortalité attribuée au système de soins Femmes	8 031	100	174	-	18	-	6	-

Un décès prématuré (avant 65 ans) sur deux pourrait être évité : 35 % sont attribués à des risques individuels (alcool, tabac...) et 14 % pourraient être évités par une meilleure prise en charge par le système de soins. Les décès prématurés attribués à des facteurs de risque individuels sont proportionnellement plus nombreux chez les hommes que chez les femmes







## Offre de soins et de prévention

Sources : DRASS, fichier Adéli au 1er janvier 2006, Insee







	France métropolitaine		Auvergne		Cantal		Saint-Flour / Haute-Auvergne	
	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité
Densité de médecins généralistes (pour 100 000 hts)	68 411	116,90	1 446	110,50	163	108,11	40	102,52
Densité de cardiologues (pour 100 000 hts)	6 060	10,35	107	8,19	9	6,07	1	2,56
Densité de pédiatres (pour 100 000 enfants de moins de 16 ans)	6 743	60,15	95	44,18	4	18,86	2	33,61
Densité de radiologues (pour 100 000 hts)	7 748	13,24	134	10,28	9	6,27	0,00	0,00
Densité de gynécologues (pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans)	7 197	49,86	135	44,44	12	35,83	3	19,18
Densité d'ophtalmologues (pour 100 000 hts)	5 484	9,37	111	8,50	11	7,49	1	2,56
Densité de psychiatres (pour 100 000 hts)	13 601	23,24	202	15,45	17	10,97	3	8,46

Quelle que soit la spécialité médicale, le pays affiche une densité nettement inférieure à celle de l'Auvergne et des effectifs de médecins très faibles : un cardiologue ou un ophtalmologue pour 39 000 habitants, pas de radiologue, deux pédiatres. L'offre de soins s'articule autour du centre hospitalier de St-Flour, des deux hôpitaux locaux de Condat et de Murat, du centre de rééducation fonctionnelle de Chaudes-Aigues et des quatorze maisons de retraite. En ce qui concerne l'offre de soins de premier recours, sept communes disposent des cinq professions.

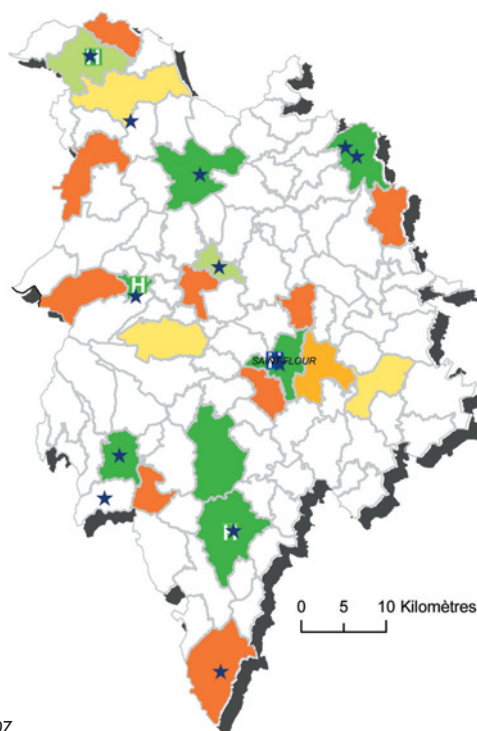
### Établissements de soins

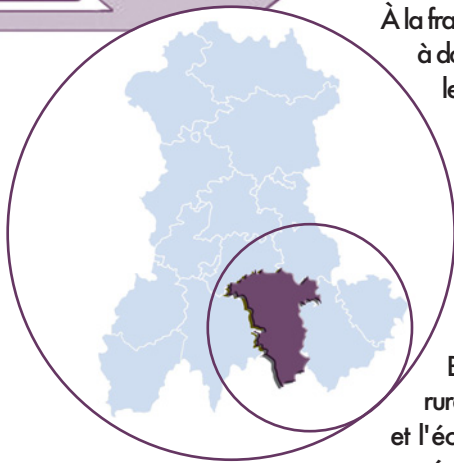
-  Établissement de court séjour
-  Établissement de moyen séjour
-  Établissement de psychiatrie
-  Centre de lutte contre le cancer
-  Hôpital local
-  Maison de retraite

### Nombre de professions de santé libérales par commune

-  1 seule profession
-  2 professions différentes
-  3 professions différentes
-  4 professions différentes
-  5 professions différentes
-  Communauté d'agglomération

Sont prises en compte les cinq professions de santé libérales de proximité : médecin, infirmier, masseur-kinésithérapeute, chirurgien-dentiste, pharmacien





À la frange ouest du département de la Haute-Loire, le pays de Lafayette est un vaste territoire (113 communes) à dominante rurale, peu densément peuplé. La rivière Allier, qui dans son cours supérieur le traverse du sud au nord, en est la colonne vertébrale. Les 45 200 habitants se concentrent dans les plaines centrales et délaissent les contreforts montagneux qui au sud, à l'est et à l'ouest limitent son accessibilité. Dépourvu d'un pôle urbain, le pays de Lafayette regroupe trois bassins de vie principaux : Brioude, Langeac et Saugues, relativement autonomes les uns par rapport aux autres et placés sous des influences urbaines différentes. Le pays de Lafayette est confronté à un développement démographique et économique différencié selon les bassins de vie : l'accessibilité à la capitale régionale grâce à la présence de l'autoroute A75 qui relie Clermont-Ferrand à Montpellier permet à la bordure nord et au bassin brivadois de bénéficier d'un renouveau attractif. Les bassins de Langeac, Saugues, Blesle et La Chaise-Dieu sont en partie enclavés et faiblement peuplés. Ils figurent parmi les espaces ruraux métropolitains les plus fragilisés. Dans ces zones de montagne, l'attractivité est plus faible et l'économie plus fragile. Le vieillissement de la population et la déprise démographique y sont prononcés.

Un diagnostic sanitaire et social du pays est en cours de réalisation.

## Données socio-démographiques

Sources : Insee RP 99, Urcam, Caf, MSA, DRTEFP, Cram (au 31 décembre 2006, au 1<sup>er</sup> janvier 2006 pour la France Métropolitaine)

	France métropolitaine		Auvergne		Haute-Loire		Lafayette	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Population totale en 1999 (RP)	58 520 688	-	1 308 656	-	209 047	-	45 195	-
Densité hab./km <sup>2</sup>	-	107,6	-	50,0	-	41,8	-	23,8
Part des moins de 25 ans (en % de la population totale)	18 092 988	30,9	359 515	27,5	58 347	27,9	11 064	24,5
Part des plus 75 ans (en % de la population totale)	4 504 911	7,7	124 524	9,5	20 192	9,7	5 228	11,6
CMUc %	4 112 523	7,0	60 005	4,6	6 775	3,2	1 513	3,3
RMI %	1 134 485	4,1	19 343	3,1	1 904	2,0	475	2,3
Chômeurs Longue durée %	Nd	Nd	9 451	17,2	1 249	15,3	291	16,2
Chômeurs de moins de 25 ans %	Nd	Nd	10 113	18,4	1 563	19,2	321	17,9
ASV %	511 822	5,2	14 955	5,6	2 714	6,3	697	6,3

Le pays de Lafayette connaît la densité de population la plus faible des pays de la Haute-Loire, inférieure de plus de la moitié à celle de l'Auvergne ; la proportion de jeunes de moins de 25 ans y est plus faible et les personnes âgées de 75 ans et plus comptent pour près de 12 % de la population. La part des bénéficiaires de la CMUc est inférieure à celle de l'Auvergne et les bénéficiaires du RMI ne comptent que pour 2 % de la population.

## Indicateurs de mortalité

Sources : Inserm CépiDc, période 2002-2004, Insee

	France métropolitaine		Auvergne		Haute-Loire		Lafayette	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité générale Hommes	270 403	100	7 505	106,8	1 233	108,8	309	108,2
Mortalité générale Femmes	259 916	100	7 001	-	1 171	-	276	-
Mortalité avant 65 ans Hommes	74 193	100	1 844	106,9	285	-	68	116,4
Mortalité avant 65 ans Femmes	33 652	100	733	-	111	-	24	-
Mortalité par cancer Hommes	87 608	100	2 410	105,6	393	106,0	97	-
Mortalité par cancer Femmes	58 672	100	1 544	-	264	-	56	-
Mortalité appareil circulatoire Hommes	71 650	100	2 158	113,4	339	110,9	86	-
Mortalité appareil circulatoire Femmes	82 817	100	2 376	105,9	386	-	102	-
Mortalité suicide Hommes	7 842	100	208	112,6	31	-	6	-
Mortalité suicide Femmes	2 888	100	75	-	9	-	nc	-

Le pays de Lafayette, comme la Haute-Loire ou l'Auvergne, se distingue par une mortalité générale masculine plus élevée qu'en France métropolitaine de 8 %. Les tumeurs malignes sont l'une des principales causes de décès chez les hommes (31 % des décès) suivies des maladies de l'appareil circulatoire (28 % des décès), à l'opposé des femmes où 37 % des décès sont dus aux maladies cardiovasculaires et 20 % aux cancers.

## Besoins de prévention et de soins

Sources : Inserm CépiDc, période 2002-2004, Insee

	France métropolitaine		Auvergne		Haute-Loire		Lafayette	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Hommes	28 733	100	728	109,3	113	-	26	-
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Femmes	7 926	100	167	-	23	-	nc	-
Mortalité attribuée au système de soins Hommes	8 293	100	220	111,5	35	-	7	-
Mortalité attribuée au système de soins Femmes	8 031	100	174	-	24	-	6	-

Le pays de Lafayette présente une surmortalité prématurée (avant 65 ans) chez les hommes de 16 %. Près d'un de ces décès sur deux pourrait être évité soit en modifiant les comportements individuels (alcool, tabac...) soit par une meilleure prise en charge par le système de soins.







## Offre de soins et de prévention

Sources : DRASS, fichier Adéli au 1er janvier 2006, Insee







	France métropolitaine		Auvergne		Haute-Loire		Lafayette	
	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité
Densité de médecins généralistes (pour 100 000 hts)	68 411	116,90	1 446	110,50	219	104,76	52	115,06
Densité de cardiologues (pour 100 000 hts)	6 060	10,36	107	8,19	8	3,96	1	2,21
Densité de pédiatres (pour 100 000 enfants de moins de 16 ans)	6 743	60,15	95	44,18	9	24,83	0	0,00
Densité de radiologues (pour 100 000 hts)	7 748	13,24	134	10,28	10	4,78	1	2,21
Densité de gynécologues (pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans)	7 197	49,85	135	44,44	11	22,95	2	10,19
Densité d'ophtalmologues (pour 100 000 hts)	5 484	9,37	111	8,49	10	4,92	2	4,43
Densité de psychiatres (pour 100 000 hts)	13 601	23,24	202	15,45	24	11,71	1	2,21

Les médecins spécialistes sont peu nombreux sur le territoire : un cardiologue, un radiologue, un psychiatre, deux gynécologues, deux ophtalmologues. L'offre des professionnels de santé de proximité apparaît globalement assez importante concernant les médecins généralistes mais cache de très grandes disparités quant à la répartition sur le territoire. Le temps moyen mis par les habitants pour accéder aux services de santé est de 27 minutes, il est de 34 minutes pour les habitants du bassin de vie de Langeac et de 51 minutes pour ceux de Saugues. L'offre hospitalière et d'hébergement pour les personnes âgées se répartit sur trois établissements de santé et huit maisons de retraite.

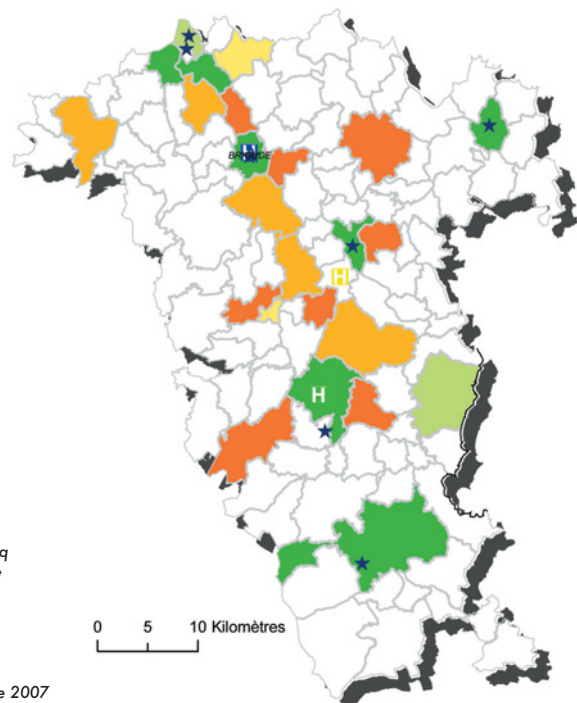
## Établissements de soins

-  Établissement de court séjour
-  Établissement de moyen séjour
-  Établissement de psychiatrie
-  Centre de lutte contre le cancer
-  Hôpital local
-  Maison de retraite

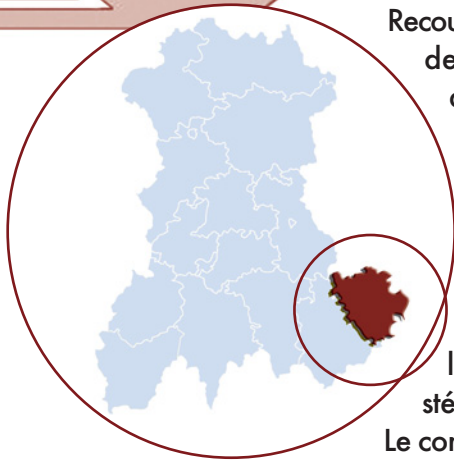
## Nombre de professions de santé libérales par commune

-  1 seule profession
-  2 professions différentes
-  3 professions différentes
-  4 professions différentes
-  5 professions différentes
-  Communauté d'agglomération

Sont prises en compte les cinq professions de santé libérales de proximité : médecin, infirmier, masseur-kinésithérapeute, chirurgien-dentiste, pharmacien



# Pays de la Jeune Loire et ses rivières



Recouvrant l'arrondissement d'Yssingeaux à l'est du département de la Haute-Loire, le pays de la Jeune Loire et ses rivières se singularise en Auvergne par son dynamisme démographique, la jeunesse de sa population et la présence d'un tissu industriel diversifié. Ce territoire, au relief escarpé, est composé de 44 communes regroupant 72 000 habitants et bénéficie de la proximité de l'agglomération de Saint-Étienne. Il représente la principale zone d'échange entre les régions Auvergne et Rhône-Alpes. L'installation continue de ménages stéphanois influence notablement la croissance démographique, mais de façon différenciée selon les bassins de vie. Entre dépendance et autonomie, le pays présente ainsi deux visages. La bordure nord-est, à la fois la moins montagneuse et la plus accessible, bénéficie de l'extension de la banlieue stéphanoise et dépend directement de la croissance urbaine du département voisin. Le contraste est fort avec le reste du territoire au caractère rural plus prononcé, structuré en bassins où s'organise de manière autonome la vie quotidienne des habitants.

## Données socio-démographiques

Sources : Insee RP 99, Urcam, Caf, MSA, DRTEFP, Cram (au 31 décembre 2006, au 1<sup>er</sup> janvier 2006 pour la France Métropolitaine)

	France métropolitaine		Auvergne		Haute-Loire		Jeune Loire et ses rivières	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Population totale en 1999 (RP)	58 520 688	-	1 308 656	-	209 047	-	71 711	-
Densité hab./km <sup>2</sup>	-	107,6	-	50,0	-	41,8	-	61,5
Part des moins de 25 ans (en % de la population totale)	18 092 988	30,9	359 515	27,5	58 347	27,9	21 702	30,3
Part des plus 75 ans (en % de la population totale)	4 505 911	7,7	124 525	9,5	20 192	9,7	6 068	8,5
CMUc %	4 112 523	7,0	60 005	4,6	6 775	3,2	1 526	2,1
RMI %	1 134 485	4,1	19 343	3,1	1 904	2,0	442	1,3
Chômeurs Longue durée %	Nd	Nd	9 451	17,2	1 249	15,3	431	15,0
Chômeurs de moins de 25 ans %	Nd	Nd	10 113	18,4	1 563	19,2	581	20,2
ASV %	511 822	5,2	14 955	5,6	2 714	6,3	572	4,3

Les indicateurs observés dans ce pays témoignent de son dynamisme : la densité de population est supérieure à celle du département de la Haute-Loire et à celle de l'Auvergne, la part des jeunes de moins de 25 ans est au niveau de la France, la part des personnes âgées de 75 ans et plus y est plus faible que pour le département. Le niveau des minimas sociaux confirme cette situation : moins de bénéficiaires du RMI, de la CMUc, du minimum vieillesse.

## Indicateurs de mortalité

Sources : Inserm CépiDc, période 2002-2004, Insee

	France métropolitaine		Auvergne		Haute-Loire		Jeune Loire et ses rivières	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité générale Hommes	270 403	100	7 505	106,8	1 233	108,8	387	109,4
Mortalité générale Femmes	259 916	100	7 001	-	1 171	-	398	106,6
Mortalité avant 65 ans Hommes	74 193	100	1 844	106,9	285	-	95	-
Mortalité avant 65 ans Femmes	33 652	100	733	-	111	-	33	-
Mortalité par cancer Hommes	87 608	100	2 410	105,6	393	106,0	123	-
Mortalité par cancer Femmes	58 672	100	1 544	-	264	-	92	120,2
Mortalité appareil circulatoire Hommes	71 650	100	2 158	113,4	339	110,9	106	112,3
Mortalité appareil circulatoire Femmes	82 817	100	2 376	105,9	386	-	127	-
Mortalité suicide Hommes	7 842	100	208	112,6	31	-	12	-
Mortalité suicide Femmes	2 888	100	75	-	9	-	nc	-

On note une surmortalité générale pour les hommes et pour les femmes, respectivement de 9 % et 7 %. Cette surmortalité semble en partie due aux cancers pour les femmes (20 % de décès en plus) et aux maladies cardiovasculaires pour les hommes (12 % de décès en plus). Les décès prématurés représentent 24 % des décès pour les hommes et 8 % pour les femmes.

# Pays de la Jeune Loire et ses rivières

## Besoins de prévention et de soins

Sources : Inserm CépiDc, période 2002-2004, Insee

	France métropolitaine		Auvergne		Haute-Loire		Jeune Loire et ses rivières	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Hommes	28 733	100	728	109,3	113	-	40	-
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Femmes	7 926	100	167	-	23	-	6	-
Mortalité attribuée au système de soins Hommes	8 293	100	220	111,5	35	-	10	-
Mortalité attribuée au système de soins Femmes	8 031	100	174	-	24	-	9	-

La moitié des décès prématurés avant 65 ans pourrait être évités ; pour les hommes ces décès prématurés sont principalement attribués à des facteurs de risques individuels tels qu'une consommation excessive de tabac et d'alcool. Quel que soit le sexe, aucune différence significative avec la France métropolitaine n'est observée.







## Offre de soins et de prévention

Sources : DRASS, fichier Adéli au 1er janvier 2006, Insee







	France métropolitaine		Auvergne		Haute-Loire		Jeune Loire et ses rivières	
	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité
Densité de médecins généralistes (pour 100 000 hts)	68 411	116,90	1 446	110,50	219	104,76	67	93,43
Densité de cardiologues (pour 100 000 hts)	6 060	10,36	107	8,19	8	3,96	0	0,00
Densité de pédiatres (pour 100 000 enfants de moins de 16 ans)	6 743	60,15	95	44,18	9	24,83	0	0,00
Densité de radiologues (pour 100 000 hts)	7 748	13,24	134	10,28	10	4,78	0	0,00
Densité de gynécologues (pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans)	7 197	49,85	135	44,44	11	22,95	0	0,00
Densité d'ophtalmologues (pour 100 000 hts)	5 484	9,37	111	8,49	10	4,92	1	1,39
Densité de psychiatres (pour 100 000 hts)	13 601	23,24	202	15,45	24	11,71	0	0,00

En ce qui concerne l'offre de soins et de prévention, très peu de médecins spécialistes sont présents dans le pays. La densité de médecins généralistes est plus faible que pour l'ensemble du département. La distance moyenne pour accéder aux équipements de santé est de 23 minutes. Toutefois, la couverture par les cinq professions de santé de proximité est assez bonne au niveau des communes : les cinq professions sont présentes simultanément dans onze communes. L'offre de soins hospitaliers et d'hébergement pour personnes âgées se concentre sur l'hôpital local d'Yssingeaux, l'établissement de soins de suite du Chambon-sur-Lignon et dix-huit maisons de retraite.

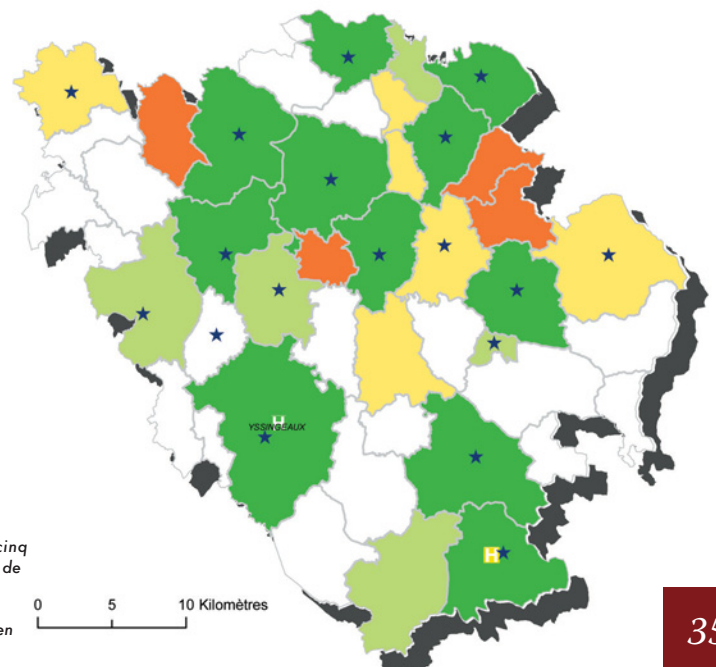
### Établissements de soins

-  Établissement de court séjour
-  Établissement de moyen séjour
-  Établissement de psychiatrie
-  Centre de lutte contre le cancer
-  Hôpital local
-  Maison de retraite

### Nombre de professions de santé libérales par commune

-  1 seule profession
-  2 professions différentes
-  3 professions différentes
-  4 professions différentes
-  5 professions différentes
-  Communauté d'agglomération

Sont prises en compte les cinq professions de santé libérales de proximité : médecin, infirmier, masseur-kinésithérapeute, chirurgien-dentiste, pharmacien





En Haute-Loire, le pays du Velay s'étend sur 103 communes regroupant 92 000 habitants et 36 000 emplois. Marqué par son relief volcanique, ce territoire dispose d'une forte identité forgée autour de la ville du Puy-en-Velay, centre de pèlerinage reconnu dès le Haut Moyen-Âge. Actuellement ce pôle urbain, par les emplois et les équipements liés à son statut de préfecture, étend son influence sur l'ensemble du pays et assure ainsi sa cohésion. Le pays est confronté à tous les défis qui affectent les zones rurales du Massif central : vieillissement de la population, diminution du nombre d'actifs, départ des jeunes, notamment les plus qualifiés. Il dispose cependant d'atouts pour les relever. Le pays du Velay s'ouvre en effet pleinement aux influences des aires urbaines de Lyon et Saint-Étienne, ainsi qu'à celle de Clermont-Ferrand. L'achèvement du désenclavement favorise l'installation de nouveaux habitants et contribue à freiner le déclin démographique.

## Données socio-démographiques

Sources : Insee RP 99, Urcam, Caf, MSA, DRTEFP, Cram (au 31 décembre 2006, au 1<sup>er</sup> janvier 2006 pour la France Métropolitaine)

	France métropolitaine		Auvergne		Haute-Loire		Velay		CA Le Puy	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Population totale en 1999 (RP)	58 520 688	-	1 308 656	-	209 047	-	92 141	-	57 354	-
Densité hab./km <sup>2</sup>	-	107,6	-	50,0	-	41,8	-	47,4	-	125,3
Part des moins de 25 ans (en % de la population totale)	18 092 988	30,9	359 515	27,5	58 347	27,9	25 581	27,8	16 784	29,3
Part des plus 75 ans (en % de la population totale)	4 504 911	7,7	124 525	9,5	20 192	9,7	8 896	9,7	4 813	8,4
CMUc %	4 112 523	7,0	60 005	4,6	6 775	3,2	3 736	4,1	2 934	5,1
RMI %	1 134 485	4,1	19 343	3,1	1 904	2,0	987	2,3	772	2,8
Chômeurs Longue durée %	Nd	Nd	9 451	17,2	1 249	15,3	527	15,2	367	15,5
Chômeurs de moins de 25 ans %	Nd	Nd	10 113	18,4	1 563	19,2	661	19,0	462	19,5
ASV %	511 822	5,2	14 955	5,6	2 714	6,3	1 440	7,6	752	7,2

La population du pays du Velay est concentrée à 62 % sur l'agglomération du Puy-en-Velay ce qui lui permet d'afficher une densité supérieure à celle du département et des caractéristiques plus urbaines : la part de la population âgée de 75 ans et plus n'atteint pas 10% de la population totale, les jeunes de moins de 25 ans comptent pour plus du quart de la population. Une proportion plus forte de bénéficiaires de la CMUc ainsi qu'une proportion plus élevée de bénéficiaires du minimum vieillesse sont les principales différences par rapport à l'ensemble du département.

## Indicateurs de mortalité

Sources : Insee CépiDc, période 2002-2004, Insee

	France métropolitaine		Auvergne		Haute-Loire		Velay		CA Le Puy	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité générale Hommes	270 403	100	7 505	106,8	1 233	108,8	538	106,8	275	-
Mortalité générale Femmes	259 916	100	7 001	-	1 171	-	497	94,5	263	89,5
Mortalité avant 65 ans Hommes	74 193	100	1 844	106,9	285	-	121	-	71	-
Mortalité avant 65 ans Femmes	33 652	100	733	-	111	-	54	-	34	-
Mortalité par cancer Hommes	87 608	100	2 410	105,6	393	106,0	173	-	88	-
Mortalité par cancer Femmes	58 672	100	1 544	-	264	-	115	-	67	-
Mortalité appareil circulatoire Hommes	71 650	100	2 158	113,4	339	110,9	147	-	77	-
Mortalité appareil circulatoire Femmes	82 817	100	2 376	105,9	386	-	157	90,5	73	76,4
Mortalité suicide Hommes	7 842	100	208	112,6	31	-	121	-	7	-
Mortalité suicide Femmes	2 888	100	75	-	9	-	nc	-	nc	-

La mortalité générale chez les hommes est supérieure de 7 % à celle de la France métropolitaine alors qu'elle est inférieure de 5 % pour les femmes. Les deux principales causes de décès sont les cancers (32 % des décès) et les maladies cardiovasculaires (27 %) pour les hommes. Inversement pour les femmes ce sont d'abord les maladies cardiovasculaires (31 %) et ensuite les cancers (23 %). Les femmes de ce pays ont une sous-mortalité de 10 % par rapport à la France en ce qui concerne les décès dus aux maladies de l'appareil circulatoire.

## Besoins de prévention et de soins

Sources : Inserm CépiDc, période 2002-2004, Insee

	France métropolitaine		Auvergne		Haute-Loire		Velay		CA Le Puy	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Hommes	28 733	100	728	109,3	113	-	47	-	29	-
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Femmes	7 926	100	167	-	23	-	12	-	7	-
Mortalité attribuée au système de soins Hommes	8 293	100	220	111,5	35	-	18	137,6	11	-
Mortalité attribuée au système de soins Femmes	8 031	100	174	-	24	-	9	-	6	-

La mortalité prématurée avant 65 ans représente 22 % des décès masculins et 11 % des décès féminins. Parmi les décès prématurés chez les hommes un peu plus de la moitié aurait pu être évitée, notamment par une meilleure prise en charge par le système de soins. En effet, une surmortalité de l'ordre de 37 % est liée à la prise en charge par le système de soins.







## Offre de soins et de prévention

Sources : DRASS, fichier Adéli au 1er janvier 2006, Insee







	France métropolitaine		Auvergne		Haute-Loire		Velay		CA Le Puy	
	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité
Densité de médecins généralistes (pour 100 000 hts)	68 411	116,90	1 446	110,50	219	104,76	100	108,53	71	123,79
Densité de cardiologues (pour 100 000 hts)	6 060	10,36	107	8,19	8	3,96	7	7,90	7	12,69
Densité de pédiatres (pour 100 000 enfants de moins de 16 ans)	6 743	60,15	95	44,18	9	24,83	9	58,00	9	89,75
Densité de radiologues (pour 100 000 hts)	7 748	13,24	134	10,28	10	4,78	9	9,77	9	15,69
Densité de gynécologues (pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans)	7 197	49,85	135	44,44	11	22,95	9	20,16	9	62,27
Densité d'ophtalmologues (pour 100 000 hts)	5 484	9,37	111	8,49	10	4,92	7	7,90	7	12,69
Densité de psychiatres (pour 100 000 hts)	13 601	23,24	202	15,45	24	11,71	23	25,48	23	40,94

Grâce à la présence de la ville du Puy et de son agglomération, le pays dispose d'une offre de soins assez bien fournie : hormis la gynécologie, pour toutes les autres spécialités la densité de médecins spécialistes est toujours plus élevée que pour l'ensemble du département. De même, pour l'offre de soins de proximité, près de la moitié des médecins généralistes de la Haute-Loire exercent sur ce territoire. Les autres professionnels de santé sont inégalement répartis. Ce qui se traduit par des écarts importants de la distance moyenne aux services de santé : de 17 minutes pour la moyenne sur tout le pays, elle peut aller jusqu'à 36 minutes pour les bassins de vie de Craponne et Monastier-sur-Gazeille. L'offre de soins hospitaliers et d'hébergement des personnes âgées comprend deux établissements hospitaliers, un hôpital psychiatrique, un hôpital local, quatre établissements de convalescence et 23 maisons de retraite ou foyers logements.

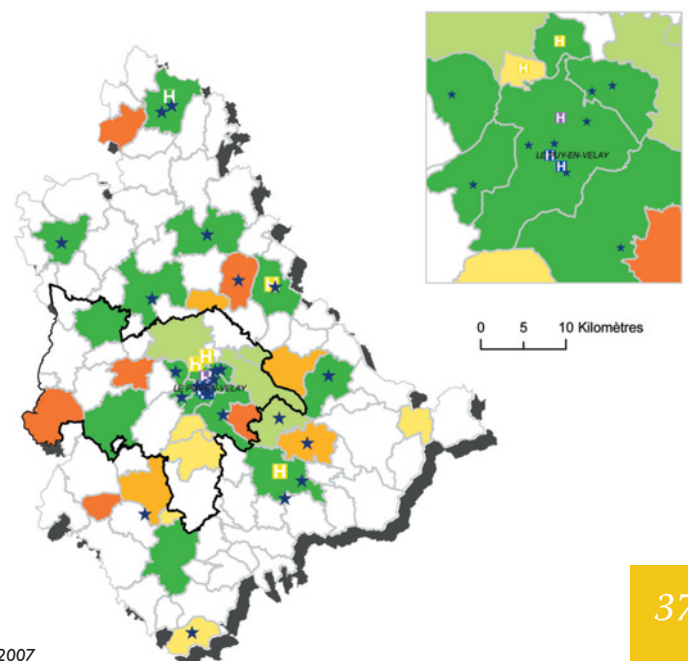
### Établissements de soins

-  Établissement de court séjour
-  Établissement de moyen séjour
-  Établissement de psychiatrie
-  Centre de lutte contre le cancer
-  Hôpital local
-  Maison de retraite

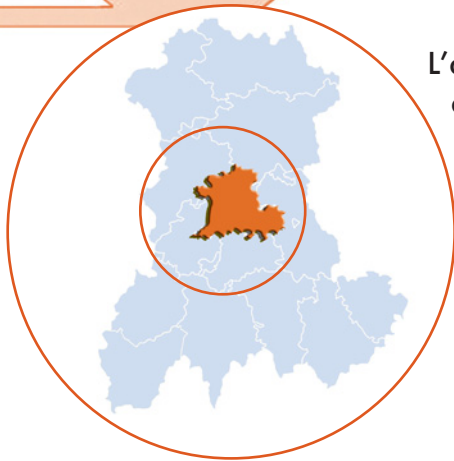
### Nombre de professions de santé libérales par commune

-  1 seule profession
-  2 professions différentes
-  3 professions différentes
-  4 professions différentes
-  5 professions différentes
-  Communauté d'agglomération

Sont prises en compte les cinq professions de santé libérales de proximité : médecin, infirmier, masseur-kinésithérapeute, chirurgien-dentiste, pharmacien



# Pays du Grand Clermont



L'acte de naissance du pays du Grand Clermont remonte à décembre 2004, date de signature du contrat de pays.

Composé de 106 communes, regroupées en 10 Établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) et 3 communes isolées, le pays du Grand Clermont comptait 386 900 habitants lors du dernier recensement. Il représente à lui seul près des deux-tiers de la population du Puy-de-Dôme. La communauté d'agglomération de Clermont-Ferrand, incluse dans le pays, représente quant à elle 71% de la population du pays.

## Données socio-démographiques

Sources : Insee RP 99, Urcam, Caf, MSA, DRTEFP, Cram (au 31 décembre 2006, au 1<sup>er</sup> janvier 2006 pour la France Métropolitaine)

	France métropolitaine		Auvergne		Puy-de-Dôme		Grand Clermont		CA Clermont	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Population totale en 1999 (RP)	58 520 688	-	1 308 656	-	604 222	-	386 906	-	275 364	-
Densité hab./km <sup>2</sup>	-	107,6	-	50,0	-	75,4	-	290,6	-	909,8
Part des moins de 25 ans (en % de la population totale)	18 092 988	30,9	359 515	27,5	175 835	29,1	120 531	31,2	87 032	31,6
Part des plus 75 ans (en % de la population totale)	4 504 911	7,7	124 524	9,5	48 813	8,1	25 865	6,7	18 583	6,7
CMUc %	4 112 523	7,0	60 005	4,6	28 625	4,7	19 290	5,0	15 786	5,7
RMI %	1 134 485	4,1	19 343	3,1	9 536	3,3	6 568	3,4	5 193	3,9
Chômeurs Longue durée %	Nd	Nd	9 451	17,2	4 508	16,9	2 795	16,3	2 091	16,3
Chômeurs de moins de 25 ans %	Nd	Nd	10 113	18,4	4 825	18,1	3 230	18,9	2 396	18,7
ASV %	511 822	5,2	14 955	5,6	5 6778	5,3	2 693	4,7	2 001	4,8

Le pays du Grand Clermont est jeune, plus de 30 % de la population a moins de 25 ans, ce qui est supérieur de 2 points par rapport au département du Puy-de-Dôme ou de 4 points par rapport à la région. Comparativement au département, les plus de 75 ans sont sous-représentés, 6,7 % de la population contre 8,1 % pour le Puy-de-Dôme. En termes de minima sociaux (CMUc et RMI), les taux observés sont proches de ceux du département. Toutefois, la communauté d'agglomération de Clermont-Ferrand se distingue par des taux moins favorables. 16 % des chômeurs sont des chômeurs de longue durée et 19 % des chômeurs sont âgés de moins de 25 ans.

## Indicateurs de mortalité

Sources : Inserm CépiDc, période 2002-2004, Insee

	France métropolitaine		Auvergne		Puy-de-Dôme		Grand Clermont		CA Clermont	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité générale Hommes	270 403	100	7 505	106,8	3 058	107,3	1 612	103,2	1 116	-
Mortalité générale Femmes	259 916	100	7 001	-	2 831	-	1 561	-	1 068	95,9
Mortalité avant 65 ans Hommes	74 193	100	1 844	106,9	816	-	470	-	336	-
Mortalité avant 65 ans Femmes	33 652	100	733	-	331	93,0	217	-	150	-
Mortalité par cancer Hommes	87 608	100	2 410	105,6	1 006	107,0	555	109,0	382	107,3
Mortalité par cancer Femmes	58 672	100	1 544	-	644	-	387	107,9	279	108,4
Mortalité appareil circulatoire Hommes	71 650	100	2 158	113,4	880	117,2	449	111,3	312	110,0
Mortalité appareil circulatoire Femmes	82 817	100	2 376	105,9	951	107,4	503	-	340	-
Mortalité suicide Hommes	7 842	100	208	112,6	94	113,3	53	-	41	-
Mortalité suicide Femmes	2 888	100	75	-	35	-	23	-	17	-

3 173 personnes décèdent chaque année en moyenne dans le pays du Grand Clermont. Les hommes du territoire sont confrontés à une surmortalité générale de l'ordre de 3,2 % par rapport à la France métropolitaine. Cette surmortalité est confirmée pour certaines causes, les cancers (+ 9,0 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (+11,3 %). Les femmes ont une mortalité équivalente à celle observée en France métropolitaine, hormis pour les cancers où une surmortalité de l'ordre de 8 % est relevée. Seules les femmes de la communauté d'agglomération de Clermont-Ferrand connaissent une légère sous-mortalité (-4,1 %)



## Besoins de prévention et de soins

Sources : Inserm CépiDc, période 2002-2004, Insee

	France métropolitaine		Auvergne		Puy-de-Dôme		Grand Clermont		CA Clermont	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Hommes	28 733	100	728	109,3	326	-	189	-	137	-
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Femmes	7 926	100	167	-	73	86,4	51	-	38	-
Mortalité attribuée au système de soins Hommes	8 293	100	220	111,5	97	-	55	-	41	-
Mortalité attribuée au système de soins Femmes	8 031	100	174	-	84	-	55	-	38	-

240 décès avant 65 ans, soit plus d'un décès prématuré sur trois, sont attribués à des facteurs de risque individuels. Par ailleurs, 110 décès avant 65 ans pourraient être évités par une meilleure prise en charge par le système de soins, ce qui représente près de 16 % des décès prématurés. Toutefois, que ce soit pour la communauté d'agglomération de Clermont ou le pays du Grand Clermont, la mortalité évitable ne diffère pas de celle observée en France métropolitaine.







## Offre de soins et de prévention

Sources : DRASS, fichier Adéli au 1er janvier 2006, Insee







	France métropolitaine		Auvergne		Puy-de-Dôme		Grand Clermont		CA Clermont	
	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité
Densité de médecins généralistes (pour 100 000 hts)	68 411	116,90	1 446	110,50	704	116,51	486	125,61	369	134,00
Densité de cardiologues (pour 100 000 hts)	6 060	10,36	107	8,19	65	10,73	59	15,21	55	19,89
Densité de pédiatres (pour 100 000 enfants de moins de 16 ans)	6 743	60,15	95	44,18	64	63,28	61	94,59	56	129,28
Densité de radiologues (pour 100 000 hts)	7 748	13,24	134	10,28	84	13,85	75	19,29	66	24,13
Densité de gynécologues (pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans)	7 197	49,85	135	44,44	80	53,64	66	32,51	64	84,38
Densité d'ophtalmologues (pour 100 000 hts)	5 484	9,37	111	8,49	66	10,84	55	14,09	50	17,98
Densité de psychiatres (pour 100 000 hts)	13 601	23,24	202	15,45	125	20,62	118	30,58	114	41,51

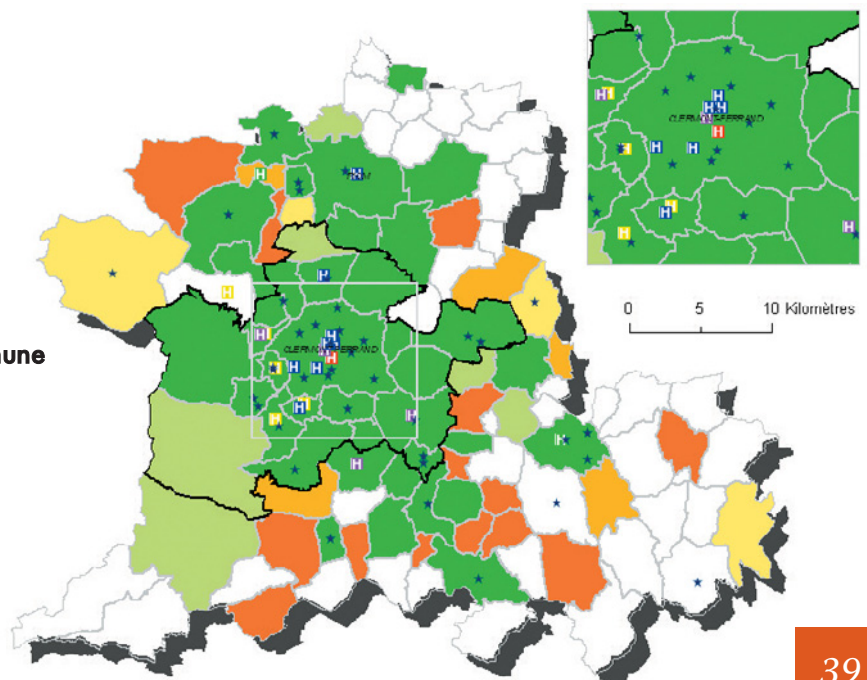
Le pays du Grand Clermont, et plus particulièrement la communauté d'agglomération concentre une part non négligeable de médecins généralistes. Hormis pour les gynécologues, les densités de médecins y sont supérieures à celles observées dans le département ou la région. La majorité des établissements de soins présents dans le pays du Grand Clermont se localise principalement dans la communauté d'agglomération. Un grand nombre de communes bénéficie de la présence des cinq professions de santé libérales sur leur territoire. Seuls le Nord-Est et le Sud-Est sont moins pourvus en professionnels de santé.

### Établissements de soins

-  Établissement de court séjour
-  Établissement de moyen séjour
-  Établissement de psychiatrie
-  Centre de lutte contre le cancer
-  Hôpital local
-  Maison de retraite

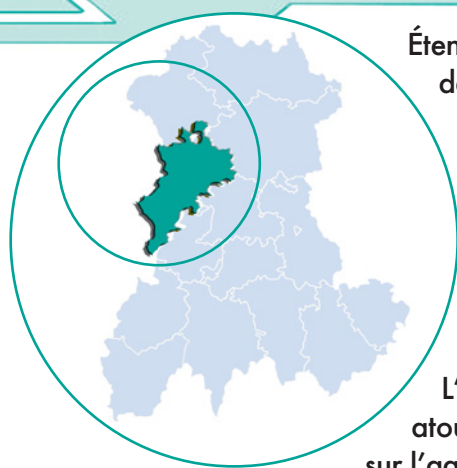
### Nombre de professions de santé libérales par commune

-  1 seule profession
-  2 professions différentes
-  3 professions différentes
-  4 professions différentes
-  5 professions différentes
-  Communauté d'agglomération



Sont prises en compte les cinq professions de santé libérales de proximité : médecin, infirmier, masseur-kinésithérapeute, chirurgien-dentiste, pharmacien

Sources : GRSP - DRASS Auvergne fichiers FINISS/ADELI-IGN - Réalisation novembre 2007



Étendu sur le quart nord-ouest du département du Puy-de-Dôme, le périmètre du pays des Combrailles est un vaste territoire de moyenne montagne, excentré et encore en partie enclavé. Réparties sur 98 communes, 42 000 personnes y résident et 14 000 y travaillent. Avec une faible densité, une population âgée et un déclin démographique, il fait partie des espaces ruraux métropolitains les plus fragilisés. Il ne se structure pas autour d'un pôle économique central et subit des influences urbaines différentes. A l'Est en périphérie clermontoise, se diffusent de manière privilégiée les activités et la fonction résidentielle. Dans le reste du territoire l'attractivité est très faible et le vieillissement de la population s'accroît. L'A89, qui place maintenant les Combrailles à un carrefour autoroutier, est un atout important pour son développement économique. Celui-ci repose actuellement sur l'agriculture et sur la présence de trois grands établissements industriels.

## Données socio-démographiques

Sources : Insee RP 99, Urcam, Caf, MSA, DRTEFP, Cram (au 31 décembre 2006, au 1<sup>er</sup> janvier 2006 pour la France Métropolitaine)

	France métropolitaine		Auvergne		Puy-de-Dôme		Combrailles	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Population totale en 1999 (RP)	58 520 688	-	1 308 656	-	604 222	-	42 109	-
Densité hab./km <sup>2</sup>	-	107,6	-	50,0	-	75,4	-	21,7
Part des moins de 25 ans (en % de la population totale)	18 092 988	30,9	359 515	27,5	175 835	29,1	10 089	24,0
Part des plus 75 ans (en % de la population totale)	4 504 911	7,7	124 524	9,5	48 813	8,1	4 858	11,5
CMUc %	4 112 523	7,0	60 005	4,6	28 625	4,7	1 260	3,0
RMI %	1 134 485	4,1	19 343	3,1	9 536	3,3	426	2,3
Chômeurs Longue durée %	Nd	Nd	9 451	17,2	4 508	16,9	269	18,0
Chômeurs de moins de 25 ans %	Nd	Nd	10 113	18,4	4 825	18,1	239	16,0
ASV %	511 822	5,2	14 955	5,6	5 678	5,3	286	6,5

La part de la population âgée de 75 ans et plus dans la population totale du pays des Combrailles est supérieure de trois points à celle du département. Les jeunes de moins de 25 ans représentent moins d'un quart de la population, soit cinq points de moins que dans l'ensemble du Puy de Dôme. Les trois indicateurs RMI, CMUc et minimum vieillesse, ainsi que la part importante des chômeurs inscrits depuis deux ans et plus confirment le caractère rural et âgé de ce territoire.

## Indicateurs de mortalité

Sources : Inserm CépiDc, période 2002-2004, Insee

	France métropolitaine		Auvergne		Puy-de-Dôme		Combrailles	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité générale Hommes	270 403	100	7 505	106,8	3 058	107,3	317	112,8
Mortalité générale Femmes	259 916	100	7 001	-	2 831	-	265	-
Mortalité avant 65 ans Hommes	74 193	100	1 844	106,9	816	-	73	128,2
Mortalité avant 65 ans Femmes	33 652	100	733	-	331	93,0	23	-
Mortalité par cancer Hommes	87 608	100	2 410	105,6	1 006	107,0	93	-
Mortalité par cancer Femmes	58 672	100	1 544	-	644	-	49	-
Mortalité appareil circulatoire Hommes	71 650	100	2 158	113,4	880	117,2	97	124,7
Mortalité appareil circulatoire Femmes	82 817	100	2 376	105,9	951	107,2	97	-
Mortalité suicide Hommes	7 842	100	208	112,6	94	113,3	10	156,7
Mortalité suicide Femmes	2 888	100	75	-	35	-	nc	-

Les hommes vivant dans ce pays présentent des caractéristiques de surmortalité par rapport à la France très importantes : près de 13 % pour l'ensemble des décès, 28 % pour la mortalité prématurée avant 65 ans, 25 % pour la mortalité due aux maladies cardio-vasculaires et 57 % pour la mortalité due aux suicides.

## Besoins de prévention et de soins

Sources : Inserm CépiDc, période 2002-2004, Insee

	France métropolitaine		Auvergne		Puy-de-Dôme		Combrailles	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Hommes	28 733	100	728	109,3	326	-	28	128,6
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Femmes	7 926	100	167	-	73	86,4	nc	-
Mortalité attribuée au système de soins Hommes	8 293	100	220	111,5	97	-	10	147,1
Mortalité attribuée au système de soins Femmes	8 031	100	174	-	84	-	6	-

La mortalité prématurée avant 65 ans représente 23 % des décès masculins. Parmi ces décès la moitié sont des décès évitables, une grande partie étant due aux risques individuels : consommation excessive de tabac et d'alcool.







## Offre de soins et de prévention

Sources : DRASS, fichier Adéli au 1er janvier 2006, Insee







	France métropolitaine		Auvergne		Puy-de-Dôme		Combrailles	
	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité
Densité de médecins généralistes (pour 100 000 hts)	68 411	116,90	1 446	110,50	704	116,51	39	92,62
Densité de cardiologues (pour 100 000 hts)	6 060	10,36	107	8,19	65	10,73	0	0,00
Densité de pédiatres (pour 100 000 enfants de moins de 16 ans)	6 743	60,15	95	44,18	64	63,28	0	0,00
Densité de radiologues (pour 100 000 hts)	7 748	13,24	134	10,28	84	13,85	0	0,00
Densité de gynécologues (pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans)	7 197	49,85	135	44,44	80	53,64	0	0,00
Densité d'ophtalmologues (pour 100 000 hts)	5 484	9,37	111	8,49	66	10,84	0	0,00
Densité de psychiatres (pour 100 000 hts)	13 601	23,24	202	15,45	125	20,62	0	0,00

Hormis le centre de rééducation fonctionnelle de Pionsat, aucune infrastructure hospitalière de court séjour n'est présente sur le pays des Combrailles. Pour bénéficier de cet équipement ou d'un service de maternité, les habitants du secteur de Saint-Éloy-les-Mines se dirigent sur Montluçon. Les autres bassins de vie dépendent essentiellement des pôles clermontois. Ce manque se ressent forcément sur les temps d'accès aux services de santé (36 minutes contre 19 en moyenne nationale). Seuls les habitants du secteur de Combronde bénéficient d'une accessibilité similaire à la moyenne nationale. L'offre de soins de premier recours est plus faible : on compte 92 médecins généralistes pour 100 000 habitants contre 116 pour l'ensemble du département. Peu de communes bénéficient de la présence simultanée des cinq professions de santé. La présence sur le territoire des neuf maisons de retraite permet d'offrir une offre d'accueil de proximité aux personnes âgées.

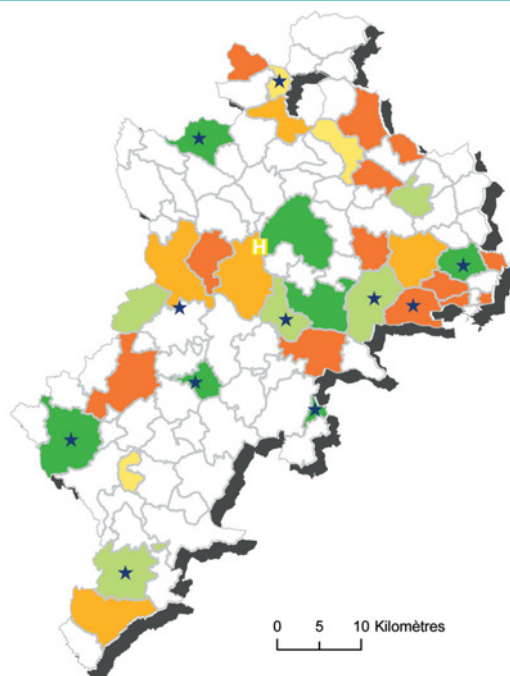
### Établissements de soins

-  Établissement de court séjour
-  Établissement de moyen séjour
-  Établissement de psychiatrie
-  Centre de lutte contre le cancer
-  Hôpital local
-  Maison de retraite

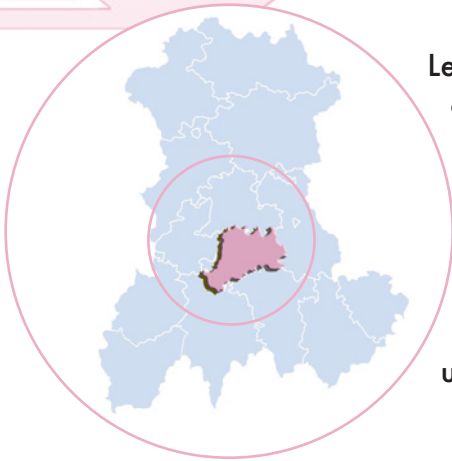
### Nombre de professions de santé libérales par commune

-  1 seule profession
-  2 professions différentes
-  3 professions différentes
-  4 professions différentes
-  5 professions différentes
-  Communauté d'agglomération

Sont prises en compte les cinq professions de santé libérales de proximité : médecin, infirmier, masseur-kinésithérapeute, chirurgien-dentiste, pharmacien



# Pays d'Issoire-Val d'Allier Sud



Le pays d'Issoire-Val d'Allier Sud compte 48 500 habitants répartis dans 93 communes. Centré sur le pôle urbain d'Issoire, il s'inscrit dans un vaste espace urbain rayonnant autour de Clermont-Ferrand et aussi sur une grande zone très rurale dans sa partie sud-ouest. Il possède un fort potentiel industriel malgré les deux crises de l'industrie minière et de la filière automobile qui l'ont frappé durant ces dernières décennies. L'A75, prolongement de l'A71, en fait un espace ouvert propice au développement économique et humain. Parmi les nouveaux habitants, trois actifs occupés sur 10 travaillent sur l'aire urbaine clermontoise.

## Données socio-démographiques

Sources : Insee RP 99, Urcam, Caf, MSA, DRTEFP, Cram (au 31 décembre 2006, au 1<sup>er</sup> janvier 2006 pour la France Métropolitaine)

	France métropolitaine		Auvergne		Puy-de-Dôme		Issoire-Val d'Allier Sud	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Population totale en 1999 (RP)	58 520 688	-	1 308 656	-	604 222	-	48 488	-
Densité hab./km <sup>2</sup>	-	107,6	-	50,0	-	75,4	-	46,4
Part des moins de 25 ans (en % de la population totale)	18 092 988	30,9	359 515	27,5	175 835	29,1	12 738	26,2
Part des plus 75 ans (en % de la population totale)	4 504 911	7,7	124 524	9,5	48 813	8,1	4 459	9,2
CMUc %	4 112 523	7,0	60 005	4,6	28 625	4,7	2 142	4,4
RMI %	1 134 485	4,1	19 343	3,1	9 536	3,3	742	3,2
Chômeurs Longue durée %	Nd	Nd	9 451	17,2	4 508	16,9	450	18,9
Chômeurs de moins de 25 ans %	Nd	Nd	10 113	18,4	4 825	18,1	421	17,7
ASV %	511 822	5,2	14 955	5,6	5 678	5,3	477	4,8

La densité du pays d'Issoire, caractérisé par une urbanisation assez forte, est toutefois assez faible du fait de grands espaces très ruraux peu peuplés. La population des jeunes de moins de 25 ans représente un peu plus du quart de la population et la part de la population âgée de 75 ans et plus est inférieure à 10 %. Par rapport aux minimas sociaux le pays ne se distingue pas du département ; la part des chômeurs de longue durée y est plus importante.

## Indicateurs de mortalité

Sources : Inserm CépiDc, période 2002-2004, Insee

	France métropolitaine		Auvergne		Puy-de-Dôme		Issoire-Val d'Allier Sud	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité générale Hommes	270 403	100	7 505	106,8	3 058	107,3	294	112,9
Mortalité générale Femmes	259 916	100	7 001	-	2 831	-	253	-
Mortalité avant 65 ans Hommes	74 193	100	1 844	106,9	816	-	82	128,0
Mortalité avant 65 ans Femmes	33 652	100	733	-	331	93,0	30	-
Mortalité par cancer Hommes	87 608	100	2 410	105,6	1 006	107,0	96	113,5
Mortalité par cancer Femmes	58 672	100	1 544	-	644	-	54	-
Mortalité appareil circulatoire Hommes	71 650	100	2 158	113,4	880	117,2	81	115,7
Mortalité appareil circulatoire Femmes	82 817	100	2 376	105,9	951	107,2	84	-
Mortalité suicide Hommes	7 842	100	208	112,6	94	113,3	7	-
Mortalité suicide Femmes	2 888	100	75	-	35	-	nc	189,8

La population masculine du pays d'Issoire connaît des indicateurs de mortalité marqués par rapport à la moyenne française : une surmortalité générale supérieure de 13 % qui se décline en une surmortalité avant 65 ans supérieure de 28 %, une surmortalité due aux maladies cardiovasculaires supérieure de 16 % et une surmortalité par cancers supérieure de 13 %. Les deux principales causes de décès, maladies cardiovasculaires et cancers représentent 60 % des décès masculins et 54 % des décès féminins. La population féminine, quant à elle se caractérise par une forte surmortalité due aux suicides malgré un faible nombre.

## Besoins de prévention et de soins

Sources : DRASS, fichier Adéli au 1er janvier 2006, Insee

	France métropolitaine		Auvergne		Puy-de-Dôme		Issoire-Val d'Allier Sud	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Hommes	28 733	100	728	109,3	326	-	31	128,0
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Femmes	7 926	100	167	-	73	86,4	7	-
Mortalité attribuée au système de soins Hommes	8 293	100	220	111,5	97	-	9	-
Mortalité attribuée au système de soins Femmes	8 031	100	174	-	84	-	7	-

Les décès prématurés avant 65 ans représentent 28 % des décès masculins contre 12 % pour les femmes. Près de la moitié des décès prématurés sont des décès évitables attribués majoritairement à des facteurs de risques individuels ( tabac, alcool... ) Une surmortalité de 28 % par rapport à la France métropolitaine est observée chez les hommes pour ces facteurs de risque individuels.







## Offre de soins et de prévention

Sources : DRASS, fichier Adéli au 1er janvier 2006, Insee







	France métropolitaine		Auvergne		Puy-de-Dôme		Issoire-Val d'Allier Sud	
	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité
Densité de médecins généralistes (pour 100 000 hts)	68 411	116,90	1 446	110,50	704	116,51	53	109,31
Densité de cardiologues (pour 100 000 hts)	6 060	10,36	107	8,19	65	10,73	3	6,19
Densité de pédiatres (pour 100 000 enfants de moins de 16 ans)	6 743	60,15	95	44,18	64	63,28	0	0,00
Densité de radiologues (pour 100 000 hts)	7 748	13,24	134	10,28	84	13,85	4	8,25
Densité de gynécologues (pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans)	7 197	49,85	135	44,44	80	53,64	7	32,62
Densité d'ophtalmologues (pour 100 000 hts)	5 484	9,37	111	8,49	66	10,84	4	8,25
Densité de psychiatres (pour 100 000 hts)	13 601	23,24	202	15,45	125	20,62	1	2,06

Quelle que soit la spécialité, la densité des médecins est toujours très inférieure à la densité du département. Concernant les professions de santé de proximité l'offre est assez inégalement répartie : les médecins généralistes sont globalement moins nombreux et une grande partie des communes ne possède aucun des professionnels. Les temps d'accès aux équipements de santé sont notamment élevés pour les habitants des secteurs d'Ardes-sur-Couze et Sauxillanges, respectivement 37 minutes et 26 minutes, alors que le temps moyen est de 13 minutes. Deux établissements hospitaliers et sept maisons de retraite ou foyers logements concentrent l'offre de soins hospitaliers et l'hébergement des personnes âgées.

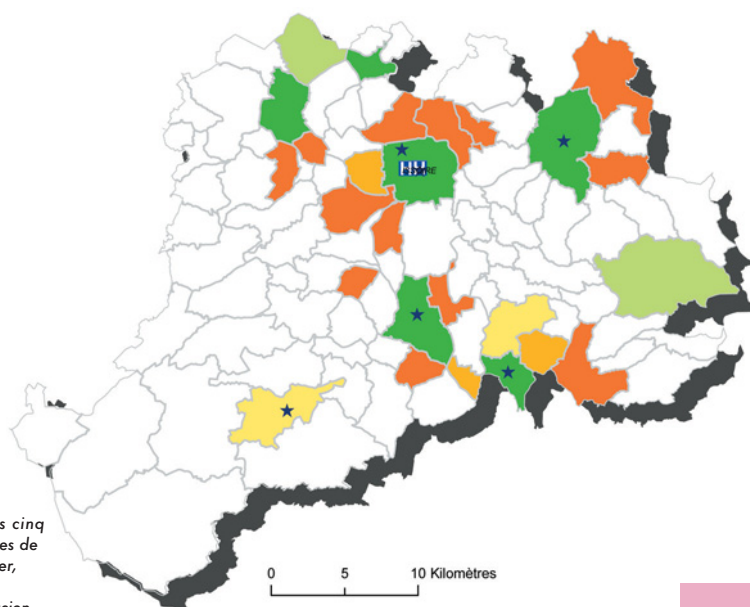
### Établissements de soins

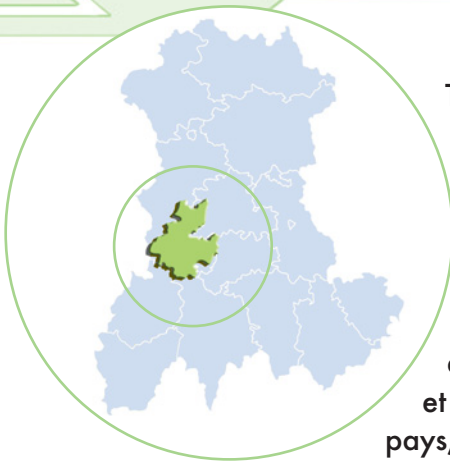
-  Établissement de court séjour
-  Établissement de moyen séjour
-  Établissement de psychiatrie
-  Centre de lutte contre le cancer
-  Hôpital local
-  Maison de retraite

### Nombre de professions de santé libérales par commune

-  1 seule profession
-  2 professions différentes
-  3 professions différentes
-  4 professions différentes
-  5 professions différentes
-  Communauté d'agglomération

Sont prises en compte les cinq professions de santé libérales de proximité : médecin, infirmier, masseur-kinésithérapeute, chirurgien-dentiste, pharmacien





Trente-sept communes, 3 communautés de communes et trois communes isolées composent le projet de pays du Grand Sancy. Situé au Sud-Ouest du département du Puy-de-Dôme, il regroupe 20 396 habitants et « bénéficie » d'une densité faible, de l'ordre de 19 habitants par km<sup>2</sup>. Ce territoire renferme le point culminant du Massif Central, le Puy de Sancy, 1886 m d'altitude. Le Massif du Sancy est le point central du projet de pays et son élément physique et naturel fédérateur. Le pays du Grand Sancy est un pays en situation de perte démographique, constitué d'une population vieillissante et aux faibles revenus. Toutefois, le tourisme est une composante forte de ce pays, par l'apport important de population saisonnière et par les emplois qu'il crée.

## Données socio-démographiques

Sources : Insee RP 99, Urcam, Caf, MSA, DRTEFP, Cram (au 31 décembre 2006, au 1<sup>er</sup> janvier 2006 pour la France Métropolitaine)

	France métropolitaine		Auvergne		Puy-de-Dôme		Grand Sancy	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Population totale en 1999 (RP)	58 520 688	-	1 308 656	-	604 222	-	20 396	-
Densité hab./km <sup>2</sup>	-	107,6	-	50,0	-	75,4	-	18,8
Part des moins de 25 ans (en % de la population totale)	18 092 988	30,9	359 515	27,5	175 835	29,1	4 751	23,3
Part des plus de 75 ans (en % de la population totale)	4 504 911	7,7	124 524	9,5	48 813	8,1	2 213	10,9
CMUc %	4 112 523	7,0	60 005	4,6	28 625	4,7	457	2,2
RMI %	1 134 485	4,1	19 343	3,1	9 536	3,3	194	2,0
Chômeurs Longue durée %	Nd	Nd	9 451	17,2	4 508	16,9	102	11,2
Chômeurs de moins de 25 ans %	Nd	Nd	10 113	18,4	4 825	18,1	144	15,9
ASV %	511 822	5,2	14 955	5,6	5 678	5,3	375	7,8

La population du pays du Grand Sancy est une population vieillissante, moins du quart de la population a moins de 25 ans (29,1 % dans le département) et près de 11 % de la population a plus de 75 ans (8,1 % dans le département). Les indicateurs sociaux y sont favorables, les taux de bénéficiaires du RMI ou de la CMUc sont plus faibles que dans le département avec respectivement 2,0 % des 25-59 ans et 2,2 % de la population qui bénéficient de ces prestations. Cette situation favorable est confirmée par la part des chômeurs de longue durée et celle des chômeurs de moins de 25 ans parmi l'ensemble des chômeurs qui sont respectivement de 5 points et de 2 points inférieurs aux taux départementaux. Toutefois, la part de bénéficiaires du minimum vieillesse y est plus élevée que dans le département.

## Indicateurs de mortalité

Sources : Inserm CépiDc, période 2002-2004, Insee

	France métropolitaine		Auvergne		Puy-de-Dôme		Grand Sancy	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité générale Hommes	270 403	100	7 505	106,8	3 058	107,3	146	111
Mortalité générale Femmes	259 916	100	7 001	-	2 831	-	114	-
Mortalité avant 65 ans Hommes	74 193	100	1 844	106,9	816	-	29	-
Mortalité avant 65 ans Femmes	33 652	100	733	-	331	93,0	10	-
Mortalité par cancer Hommes	87 608	100	2 410	105,6	1 006	107,0	46	-
Mortalité par cancer Femmes	58 672	100	1 544	-	644	-	21	-
Mortalité appareil circulatoire Hommes	71 650	100	2 158	113,4	880	117,2	44	120,7
Mortalité appareil circulatoire Femmes	82 817	100	2 376	105,9	951	107,2	44	-
Mortalité suicide Hommes	7 842	100	208	112,6	94	113,3	nc	-
Mortalité suicide Femmes	2 888	100	75	-	35	-	0	-

260 décès sont comptabilisés en moyenne chaque année dans le pays du Grand Sancy. Une surmortalité générale est observée chez les hommes par rapport à la France métropolitaine (+11 %). Cette surmortalité est relevée également pour les maladies de l'appareil circulatoire (+20,7 % par rapport à la France métropolitaine). Pour les femmes, la mortalité observée ne diffère pas de celle de la France métropolitaine.

## Besoins de prévention et de soins

Sources : Inserm CépiDc, période 2002-2004, Insee

	France métropolitaine		Auvergne		Puy-de-Dôme		Grand Sancy	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Hommes	28 733	100	728	109,3	326	-	13	-
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Femmes	7 926	100	167	-	73	86,4	nc	-
Mortalité attribuée au système de soins Hommes	8 293	100	220	111,5	97	-	nc	-
Mortalité attribuée au système de soins Femmes	8 031	100	174	-	84	-	nc	-

Sur les 29 décès prématurés, c'est-à-dire survenant avant l'âge de 65 ans, comptabilisés chez les hommes, près de 45 %, peuvent être attribués à des facteurs de risque individuels. Toutefois, quel que soit le sexe, la mortalité prématurée évitable ne diffère pas de celle observée en France métropolitaine.







## Offre de soins et de prévention

Sources : DRASS, fichier Adéli au 1er janvier 2006, Insee







	France métropolitaine		Auvergne		Puy-de-Dôme		Grand Sancy	
	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité
Densité de médecins généralistes (pour 100 000 hts)	68 411	116,90	1 446	110,50	704	116,51	30	147,09
Densité de cardiologues (pour 100 000 hts)	6 060	10,36	107	8,19	65	10,73	0	0,00
Densité de pédiatres (pour 100 000 enfants de moins de 16 ans)	6 743	60,15	95	44,18	64	63,28	0	0,00
Densité de radiologues (pour 100 000 hts)	7 748	13,24	134	10,28	84	13,85	0	0,00
Densité de gynécologues (pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans)	7 197	49,85	135	44,44	80	53,64	0	0,00
Densité d'ophtalmologues (pour 100 000 hts)	5 484	9,37	111	8,49	66	10,84	0	0,00
Densité de psychiatres (pour 100 000 hts)	13 601	23,24	202	15,45	125	20,62	0	0,00

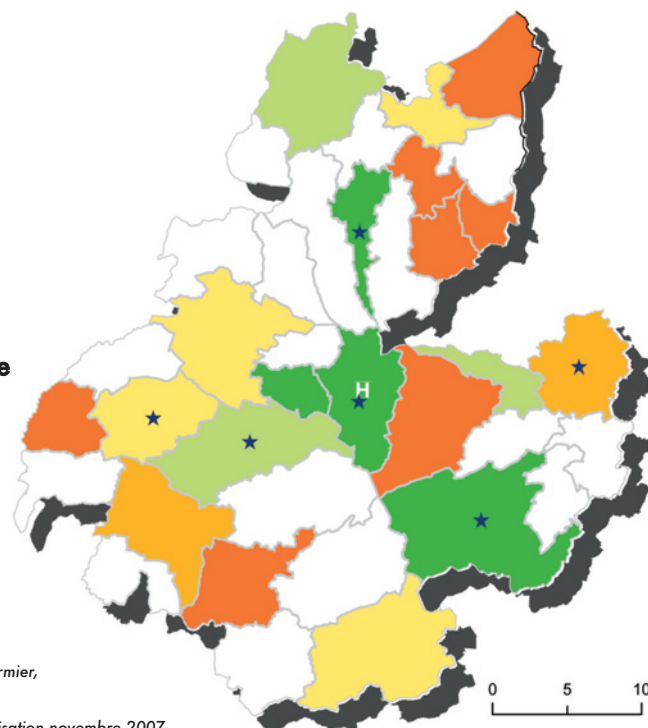
Trente médecins généralistes sont implantés sur le territoire, ce qui confère au pays une densité plus élevée que celle observée dans le département ou la région, due à la présence de stations thermales. Toutefois, ces médecins sont inégalement répartis sur le territoire. Seules quatre communes disposent de la présence des cinq professions de santé libérales. Un hôpital local et six maisons de retraite complètent le dispositif.

### Établissements de soins

-  Établissement de court séjour
-  Établissement de moyen séjour
-  Établissement de psychiatrie
-  Centre de lutte contre le cancer
-  Hôpital local
-  Maison de retraite

### Nombre de professions de santé libérales par commune

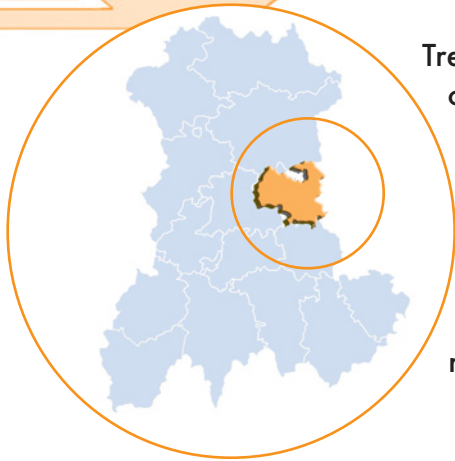
-  1 seule profession
-  2 professions différentes
-  3 professions différentes
-  4 professions différentes
-  5 professions différentes
-  Communauté d'agglomération



Sont prises en compte les cinq professions de santé libérales de proximité : médecin, infirmier, masseur-kinésithérapeute, chirurgien-dentiste, pharmacien

Sources : GRSP - DRASS Auvergne fichiers FINESS/ADELI-IGN - Réalisation novembre 2007

# Pays du Bassin Thiernois



Trente-six communes regroupées dans 4 communautés de communes et une commune isolée composent le projet de pays du Bassin Thiernois. Ce pays s'organise autour de trois pôles : Thiers, Lezoux et Courpière. Situé à l'Est du département du Puy-de-Dôme, majoritairement dans le parc naturel du Livradois-Forez, le pays du Bassin Thiernois jouxte le pays du Grand Clermont. 47 504 habitants vivent dans ce territoire dont près de 30 % dans la seule commune de Thiers. La densité de population y est plus faible que dans le département mais reste tout de même plus élevée que dans la région.

## Données socio-démographiques

Sources : Insee RP 99, Urcam, Caf, MSA, DRTEFP, Cram (au 31 décembre 2006, au 1<sup>er</sup> janvier 2006 pour la France Métropolitaine)

	France métropolitaine		Auvergne		Puy-de-Dôme		Bassin Thiernois	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Population totale en 1999 (RP)	58 520 688	-	1 308 656	-	604 222	-	47 504	-
Densité hab./km <sup>2</sup>	-	107,6	-	50,0	-	75,4	-	67,3
Part des moins de 25 ans (en % de la population totale)	18 092 988	30,9	359 515	27,5	175 835	29,1	12 909	27,2
Part des plus 75 ans (en % de la population totale)	4 505 911	7,7	124 525	9,5	48 813	8,1	4 606	9,7
CMUc %	4 112 523	7,0	60 005	4,6	28 625	4,7	2 679	5,6
RMI %	1 134 485	4,1	19 343	3,1	9 536	3,3	747	3,3
Chômeurs Longue durée %	Nd	Nd	9 451	17,2	4 508	16,9	495	20,5
Chômeurs de moins de 25 ans %	Nd	Nd	10 113	18,4	4 825	18,1	385	16,0
ASV %	511 822	5,2	14 955	5,6	5 678	5,3	406	5,9

La population est relativement jeune, plus de 27 % des habitants du pays ont moins de 25 ans (29,1 % pour le Puy-de-Dôme) et moins de 10 % de la population est âgée de 75 ans et plus. La part de bénéficiaires du RMI est semblable à celle du département mais la part des chômeurs de longue durée parmi l'ensemble des chômeurs est supérieure de 3,6 points à celle observée dans le Puy-de-Dôme. 5,6 % de la population bénéficie de la CMUc et 5,9 % des 65 ans et plus de l'allocation supplémentaire (ASV).

## Indicateurs de mortalité

Sources : Inserm CépiDc, période 2002-2004, Insee

	France métropolitaine		Auvergne		Puy-de-Dôme		Bassin Thiernois	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité générale Hommes	270 403	100	7 505	106,8	3 058	107,3	279	111,0
Mortalité générale Femmes	259 916	100	7 001	-	2 831	-	272	-
Mortalité avant 65 ans Hommes	74 193	100	1 844	106,9	816	-	71	116,8
Mortalité avant 65 ans Femmes	33 652	100	733	-	331	93,0	24	-
Mortalité par cancer Hommes	87 608	100	2 410	105,6	1 006	107,0	88	-
Mortalité par cancer Femmes	58 672	100	1 544	-	644	-	63	-
Mortalité appareil circulatoire Hommes	71 650	100	2 158	113,4	880	117,2	80	117,4
Mortalité appareil circulatoire Femmes	82 817	100	2 376	105,9	951	107,4	89	-
Mortalité suicide Hommes	7 842	100	208	112,6	94	113,3	7	-
Mortalité suicide Femmes	2 888	100	75	-	35	-	nc	-

551 décès sont dénombrés en moyenne chaque année : 279 chez les hommes et 272 chez les femmes. Un décès masculin sur quatre survient prématurément, avant l'âge de 65 ans. Globalement, dans le pays du Bassin Thiernois, une surmortalité de 11 % est observée chez les hommes. Cette surmortalité s'observe également pour les hommes de moins de 65 ans (+ 16,8 %) et pour les décès masculins dus aux maladies de l'appareil circulatoire (+17,4 %).



## Besoins de prévention et de soins

Sources : Inserm CépiDc, période 2002-2004, Insee

	France métropolitaine		Auvergne		Puy-de-Dôme		Bassin Thiernois	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Hommes	28 733	100	728	109,3	326	-	31	132,8
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Femmes	7 926	100	167	-	73	86,4	nc	-
Mortalité attribuée au système de soins Hommes	8 293	100	220	111,5	97	-	9	-
Mortalité attribuée au système de soins Femmes	8 031	100	174	-	84	-	nc	-

Parmi les quatre-vingt-quinze décès prématurés, cinquante pourraient être évités, soit parce que le décès peut être attribué à des facteurs de risque individuels (alcool, tabac...), soit parce qu'il peut être attribué au système de soins. Plus de 40 % des décès prématurés masculins du pays du Bassin Thiernois sont liés à des facteurs de risque individuels. Une surmortalité de 32,8 % est ainsi observée dans ce territoire par rapport à la France métropolitaine. Aucune différence n'est observée chez les femmes entre le territoire et la France métropolitaine.







## Offre de soins et de prévention

Sources : DRASS, fichier Adéli au 1er janvier 2006, Insee







	France métropolitaine		Auvergne		Puy-de-Dôme		Bassin Thiernois	
	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité
Densité de médecins généralistes (pour 100 000 hts)	68 411	116,90	1 446	110,50	704	116,51	41	86,31
Densité de cardiologues (pour 100 000 hts)	6 060	10,36	107	8,19	65	10,73	2	4,21
Densité de pédiatres (pour 100 000 enfants de moins de 16 ans)	6 743	60,15	95	44,18	64	63,28	2	24,32
Densité de radiologues (pour 100 000 hts)	7 748	13,24	134	10,28	84	13,85	4	8,56
Densité de gynécologues (pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans)	7 197	49,85	135	44,44	80	53,64	4	18,36
Densité d'ophtalmologues (pour 100 000 hts)	5 484	9,37	111	8,49	66	10,84	4	8,42
Densité de psychiatres (pour 100 000 hts)	13 601	23,24	202	15,45	125	20,62	4	8,83

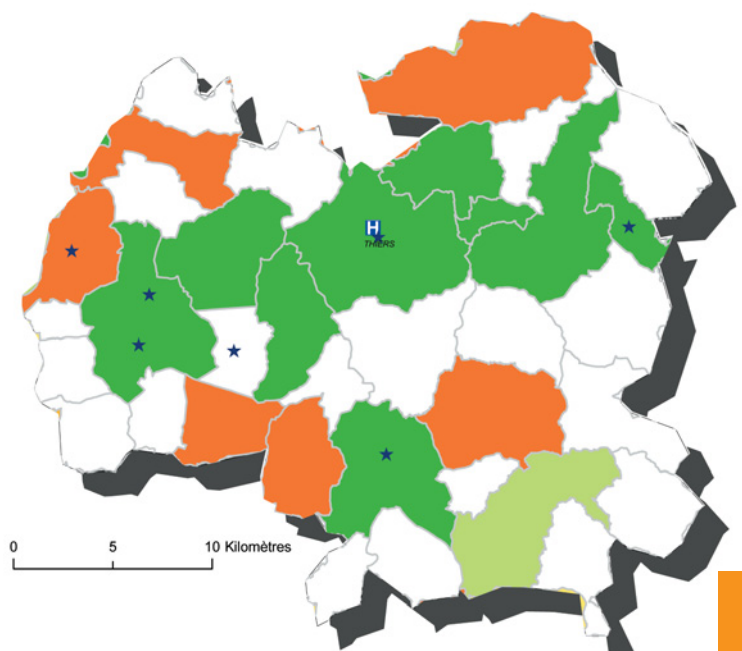
Le pays du Bassin Thiernois semble assez bien doté en médecins généralistes, même si la densité y est légèrement inférieure à celle observée dans le département. En termes de médecins spécialistes, hormis pour les ophtalmologues, le territoire a des densités inférieures à celles relevées dans le département ou la région. Les cinq professions de santé libérales de proximité se localisent principalement dans les communes situées près des axes routiers principaux (A72, N89 ou D906). Vingt communes n'ont aucun professionnel de santé de proximité sur leur territoire mais sont toutefois proches de communes en disposant. La commune de Thiers accueille le seul établissement de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) du territoire. Sept maisons de retraite constituent l'offre d'hébergement des personnes âgées.

### Établissements de soins

-  Établissement de court séjour
-  Établissement de moyen séjour
-  Établissement de psychiatrie
-  Centre de lutte contre le cancer
-  Hôpital local
-  Maison de retraite

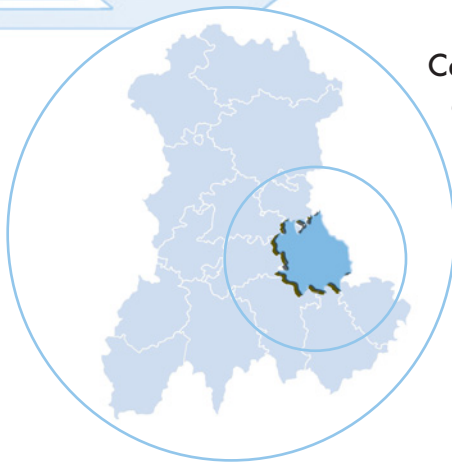
### Nombre de professions de santé libérales par commune

-  1 seule profession
-  2 professions différentes
-  3 professions différentes
-  4 professions différentes
-  5 professions différentes
-  Communauté d'agglomération



Sont prises en compte les cinq professions de santé libérales de proximité : médecin, infirmier, masseur-kinésithérapeute, chirurgien-dentiste, pharmacien

Sources : GRSP - DRASS Auvergne fichiers FINISS/ADELHGN - Réalisation novembre 2007



Ce territoire situé à l'Est du département du Puy-de-Dôme est composé de sept communautés de communes contiguës, n'appartenant pas encore à un pays ou appartenant à un pays hors région. Il totalise 57 communes et 28 772 habitants. Ce sont les communautés de communes : Haut Livradois, pays d'Arlanc, pays de Cunhat, pays d'Olliergues, Livradois Porte d'Auvergne, pays d'Ambert, vallée de l'Ance. Le pôle principal, Ambert, offre les services de la vie quotidienne et les emplois.

## Données socio-démographiques

Sources : Insee RP 99, Urcam, Caf, MSA, DRTEFP, Cram (au 31 décembre 2006, au 1<sup>er</sup> janvier 2006 pour la France Métropolitaine)

	France métropolitaine		Auvergne		Puy-de-Dôme		CC Puy-de-Dôme Hors Pays	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Population totale en 1999 (RP)	58 520 688	-	1 308 656	-	604 222	-	28 772	-
Densité hab./km <sup>2</sup>	-	107,6	-	50,0	-	75,4	-	23,6
Part des moins de 25 ans (en % de la population totale)	18 092 988	30,9	359 515	27,5	175 835	29,1	6 893	24,0
Part des plus 75 ans (en % de la population totale)	4 504 911	7,7	124 524	9,5	48 813	8,1	3 562	12,4
CMUc %	4 112 523	7,0	60 005	4,6	28 625	4,7	1 108	3,9
RMI %	1 134 485	4,1	19 343	3,1	9 536	3,3	320	2,5
Chômeurs Longue durée %	Nd	Nd	9 451	17,2	4 508	16,9	142	13,3
Chômeurs de moins de 25 ans %	Nd	Nd	10 113	18,4	4 825	18,1	193	18,0
ASV %	511 822	5,2	14 955	5,6	5 678	5,3	465	6,2

Ce territoire reflète les caractéristiques d'un territoire rural : la densité de population assez faible, moins de 24 habitants au km<sup>2</sup>, la part des jeunes de moins de 25 ans plus faible que dans l'ensemble du département (24,0 % contre 29,1 %), la part de la population âgée plus élevée (12,4 % contre 8,1 %), la part de personnes bénéficiant du minimum vieillesse plus élevée (6,2 % contre 5,3 %). La part des chômeurs de longue durée parmi l'ensemble des chômeurs et la part des bénéficiaires de la CMUc y sont toutefois moins élevées que dans le département.

## Indicateurs de mortalité

Sources : Inserm CépiDc, période 2002-2004, Insee

	France métropolitaine		Auvergne		Puy-de-Dôme		CC Puy-de-Dôme Hors Pays	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité générale Hommes	270 403	100	7 505	106,8	3 058	107,3	213	111,1
Mortalité générale Femmes	259 916	100	7 001	-	2 831	-	196	-
Mortalité avant 65 ans Hommes	74 193	100	1 844	106,9	816	-	45	122,9
Mortalité avant 65 ans Femmes	33 652	100	733	-	331	93,0	13	-
Mortalité par cancer Hommes	87 608	100	2 410	105,6	1 006	107,0	59	-
Mortalité par cancer Femmes	58 672	100	1 544	-	644	-	36	-
Mortalité appareil circulatoire Hommes	71 650	100	2 158	113,4	880	117,2	71	132,1
Mortalité appareil circulatoire Femmes	82 817	100	2 376	105,9	951	107,2	71	-
Mortalité suicide Hommes	7 842	100	208	112,6	94	113,3	7	-
Mortalité suicide Femmes	2 888	100	75	-	35	-	nc	-

Comme pour la France métropolitaine, les décès dus aux maladies de l'appareil circulatoire et aux cancers représentent 58 % de l'ensemble des décès. Les décès avant 65 ans totalisent 21 % des décès masculins ; pour les femmes la mortalité prématurée ne compte que pour 7 % des décès. La surmortalité générale chez les hommes est supérieure de 11 % par rapport à la France métropolitaine, de 23 % avant 65 ans et de 32 % pour les maladies de l'appareil circulatoire.

## Besoins de prévention et de soins

Sources : Inserm CépiDc, période 2002-2004, Insee

	France métropolitaine		Auvergne		Puy-de-Dôme		CC Puy-de-Dôme Hors Pays	
	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM	Effectif	ICM
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Hommes	28 733	100	728	109,3	326	-	16	-
Mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels Femmes	7 926	100	167	-	73	86,4	nc	-
Mortalité attribuée au système de soins Hommes	8 293	100	220	111,5	97	-	nc	-
Mortalité attribuée au système de soins Femmes	8 031	100	174	-	84	-	nc	-

Parmi les 45 décès prématurés chez les hommes, près d'un sur deux pourrait être évité : un décès avant 65 ans sur trois s'explique par des comportements individuels tels que le tabac, l'alcool... Sur le territoire la mortalité attribuée à des facteurs de risque individuels est comparable à celle de la France métropolitaine.

Quant aux décès évitables par une meilleure prise en charge par le système de soins, ils représentent 17 % des décès prématurés et un tiers des décès prématurés évitables.







## Offre de soins et de prévention

Sources : DRASS, fichier Adéli au 1er janvier 2006, Insee







	France métropolitaine		Auvergne		Puy-de-Dôme		CC Puy-de-Dôme Hors Pays	
	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité	Effectif	Densité
Densité de médecins généralistes (pour 100 000 hts)	68 411	116,90	1 446	110,50	704	116,51	26	90,37
Densité de cardiologues (pour 100 000 hts)	6 060	10,36	107	8,19	65	10,73	1	3,48
Densité de pédiatres (pour 100 000 enfants de moins de 16 ans)	6 743	60,15	95	44,18	64	63,28	0	0,00
Densité de radiologues (pour 100 000 hts)	7 748	13,24	134	10,28	84	13,85	1	3,48
Densité de gynécologues (pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans)	7 197	49,85	135	44,44	80	53,64	2	16,48
Densité d'ophtalmologues (pour 100 000 hts)	5 484	9,37	111	8,49	66	10,84	3	10,43
Densité de psychiatres (pour 100 000 hts)	13 601	23,24	202	15,45	125	20,62	1	3,70

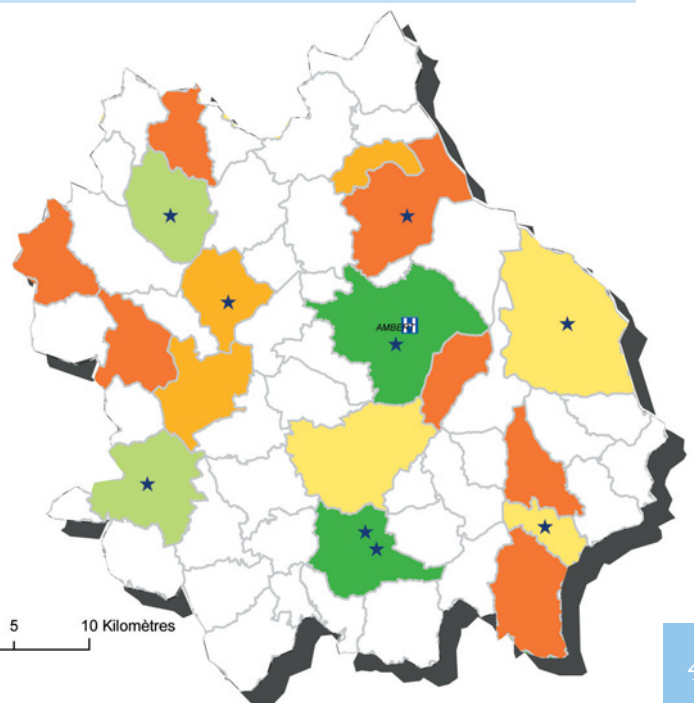
Le centre hospitalier d'Ambert et les neuf maisons de retraite constituent l'offre de soins hospitaliers et d'hébergement des personnes âgées. Les services de santé de proximité sont inégalement répartis sur le territoire. La densité des médecins généralistes est plus faible que pour le département. Quelle que soit la spécialité, les médecins spécialistes sont nettement moins nombreux que pour le département.

### Établissements de soins

-  Établissement de court séjour
-  Établissement de moyen séjour
-  Établissement de psychiatrie
-  Centre de lutte contre le cancer
-  Hôpital local
-  Maison de retraite

### Nombre de professions de santé libérales par commune

-  1 seule profession
-  2 professions différentes
-  3 professions différentes
-  4 professions différentes
-  5 professions différentes
-  Communauté d'agglomération



Sont prises en compte les cinq professions de santé libérales de proximité : médecin, infirmier, masseur-kinésithérapeute, chirurgien-dentiste, pharmacien

Sources : GRSP - DRASS Auvergne fichiers FINSS/ADELI-IGN - Réalisation novembre 2007





**LE DIAGNOSTIC DE L'OFFRE  
DE PRÉVENTION  
Un peu de méthode**

*Partie 3*

### 3.1 Les enjeux du diagnostic

Le diagnostic est la première étape avant toute planification du projet. Il tient compte de plusieurs facteurs : politiques, économiques, culturels, sociaux, ainsi que des différentes attentes de la population. Il permet de préciser l'importance et la gravité du problème à considérer (problèmes de santé des individus, problèmes d'organisation et/ou de logistique, ou bien la combinaison des trois).

Cette étape est une phase exploratoire où l'on va repérer les réponses existantes (actions de prévention, groupes de travail, réseaux d'acteurs, dispositifs, etc.), les besoins et les demandes, cerner la problématique et rassembler les données utiles à la mise en oeuvre du projet ; elle est essentielle pour construire un argumentaire pertinent et convaincant qui permette de recueillir l'adhésion des partenaires sollicités pour s'engager dans le projet qui va en découler.

Le diagnostic est une étape préalable au projet qui en conditionne la réussite.

### 3.2 Les questions préalables

Lorsque l'on souhaite s'engager dans une telle démarche, il est important de répondre à un certain nombre de questions.

Ainsi, dans les chapitres précédents, nous avons apporté des réponses aux deux questions suivantes :

- quel territoire est concerné ?

*Voir 1ère partie « Le projet territorial de santé »*

- quelles sont les données sociodémographiques et épidémiologiques ?

*Voir 2ème partie « La caractérisation des territoires »*

Après avoir délimité le territoire d'intervention et en avoir dressé un portrait sociodémographique et épidémiologique, nous allons identifier sur ce même territoire, quelle est l'offre de prévention en lien avec les programmes de santé du Programme Régional de Santé Publique Auvergne (PRSP). Dans ce cadre, deux questions majeures s'imposent :

- quelles sont les ressources en matière de prévention qui existent ?

- qui sont les acteurs de prévention ?

**Concernant la première question**, il s'agit de lister et d'identifier tout ce qui participe à la prévention sur le territoire défini. Ainsi, on peut trouver :

> des services, permanences ou dispositifs divers et variés qui peuvent accueillir des publics avec des problématiques ou comportements de santé spécifiques (ex : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit pour la lutte contre le VIH) ou mettre en oeuvre des dynamiques de travail autour de la prévention (ex : Comité d'Education à la Santé et Citoyenneté dans l'Education Nationale),

> des moyens disponibles pour le dépistage précoce afin d'éviter des complications,

> des réseaux ou groupes de travail qui rassemblent des professionnels,

des bénévoles de secteurs d'activité différents (santé, social, éducation, justice etc.) intéressés, concernés ou experts sur un sujet donné qui vont réfléchir à la mise en œuvre des projets,

- > des acteurs de prévention régionaux, départementaux et locaux,
- > des actions de prévention ou d'éducation pour la santé qui sont réalisées.

Afin d'apporter un appui dans ce travail de recherche, des fiches « Ressources de prévention » ont été élaborées pour 15 programmes de santé du PRSP. Celles-ci sont une base de travail à étayer et sont disponibles sur le site Internet du GRSP avec les fiches de référence par programme de santé qui ont aidé à leur rédaction.

**Concernant la deuxième question**, directement liée à la précédente, l'objectif est d'établir un listing des acteurs susceptibles de réaliser des actions de prévention dans le cadre de leur profession ou de leur engagement dans le milieu associatif. Un certain nombre de données essentielles pour le diagnostic pourront être récoltées auprès d'eux. On peut recenser différents niveaux d'acteurs :

- > les acteurs de prévention régionaux et départementaux : « personnes-relais » susceptibles d'intervenir sur le territoire défini dans le cadre des missions départementales et/ou régionales de leurs structures,

- > les acteurs de prévention locaux, ancrés sur ce territoire, qui rassemblent :

- les professionnels de santé et du soin (médecins généralistes, infirmiers libéraux, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes) dont la prévention fait partie intégrante de leurs activités professionnelles (voir annexe 3 « cartographie des professionnels de santé et du soin du territoire des Combrailles ») ,

- les professionnels des secteurs associatif, social, éducatif, justice, entreprise, etc. ainsi que les bénévoles. (voir annexe 3 « cartographies des professionnels et bénévoles des secteurs associatif, social, éducatif, justice, entreprise etc. du territoire des Combrailles »).

Pour aider à l'identification de ces acteurs et plus particulièrement ceux à l'échelon régional et départemental, un tableau « Des acteurs de prévention par programme de santé » est disponible sur le site Internet du GRSP.

Celui-ci n'est pas exhaustif mais il constitue une base de recherche.

### 3.3 Méthodes de recueil des données auprès des acteurs de prévention

La méthodologie proposée se déroule en deux temps :

#### Premier temps : la mobilisation des acteurs

Elle est indispensable pour sensibiliser les acteurs à la démarche d'un diagnostic de santé sur leur territoire en leur permettant d'être d'associés dès le début du diagnostic.

Celle-ci peut se réaliser par un courrier explicatif d'information précédé ou suivi d'un entretien téléphonique qui permettra de préciser les finalités de cette action, d'échanger sur l'intérêt d'une telle démarche, d'obtenir leur adhésion et de commencer à recueillir des données.

#### Deuxième temps : le recueil de données

Plusieurs phases, complémentaires les unes des autres, permettent de recueillir les informations les plus importantes pour l'élaboration du diagnostic, à savoir :

- les actions déjà menées en lien avec les priorités de santé régionales, regroupées par thèmes et sous-thèmes de santé (intitulés, partenaires, durée en années, freins, ressources...);
- les dynamiques de travail organisées ou à organiser ;
- l'existence ou non de groupes de travail, de commissions, de partenariats formel et informel, de réseaux ;
- les ressentis des personnes, leurs besoins et demandes.

#### ↳ Recueil des actions de prévention existantes

Ces données peuvent être recensées de deux façons :

- soit par une grille à renseigner, qui est adressée aux acteurs de prévention régionaux, départementaux et locaux par mail ou par courrier, accompagnée d'une lettre d'information sur la démarche de diagnostic (voir annexe 3 « Exemple de grille de recueil des données ») ;
- soit par entretien téléphonique, au besoin avec la même grille, en ayant toujours soin d'explicitier la finalité de l'action.

Avec les professionnels de santé il est pertinent d'organiser des rencontres qui peuvent se dérouler sous la forme d'entretien de groupe (« focus groupe ») selon une grille d'animation prédéfinie par les enquêteurs.

#### ↳ Recueil des informations complémentaires

Ces informations comprennent :

- les dynamiques existantes et la synergie des acteurs ;
- les atouts et les limites du territoire défini en matière de prévention ;
- des données qualitatives sur les besoins et les problèmes.



Les données peuvent être recueillies :

- soit lors de rencontres collectives, organisées par catégories (médecins, pharmaciens, infirmières libérales, kinésithérapeutes...), par équipes pluridisciplinaires travaillant en réseau ou par lieux de vie.

Cette méthode, incontournable pour permettre aux acteurs de se rencontrer et de se sentir concernés et impliqués dès le démarrage, est à privilégier pour les informations qualitatives qui émergent non seulement des échanges avec les enquêteurs mais aussi des différents professionnels entre eux ;

- soit lors de rencontres individuelles (entretien téléphonique ou en face à face) selon les disponibilités des professionnels, sous forme d'« interview-entretien » semi-directif ;

- soit en associant ces deux démarches.

### 3.4 La communication des résultats

Faire connaître les résultats d'un « diagnostic de l'offre de prévention » constitue une partie importante de la démarche et exige une certaine vigilance. Cette étape mérite autant de cohérence et de rigueur que les précédentes car il s'agit d'ajouter de la lisibilité à l'action. Il est particulièrement important d'être synthétique pour rendre les données accessibles.

#### Les questions préalables

Avant de débiter le travail de communication, des réponses doivent être apportées à trois questions :

- « Pourquoi veut-on communiquer sur le projet ? »

La réponse est assez simple : pour valoriser un travail effectué et ses résultats.

- « Vers qui veut-on communiquer ? »

Il existe deux possibilités : une communication en interne et une communication en externe.

La communication en interne concerne les publics bénéficiaires de l'action, les partenaires et financeurs associés au projet, les membres de l'association ou structure, responsables du travail de diagnostic.

En externe, on peut compléter avec des acteurs non partenaires du projet, d'autres financeurs ou décideurs et le grand public via les médias.

- « Comment va-t-on communiquer ? »

Il existe plusieurs moyens de communication, il faut donc choisir celui ou ceux qui sont les plus pertinents dans la situation présente et construire un outil adapté à la valorisation de l'action : réunion, conférence, présentation écrite, publication multimédia...

### **La réalisation de la communication**

Une fois ce travail de réflexion effectué, la phase de structuration du contenu peut commencer.

Dans le cas d'une communication écrite, il est souvent judicieux d'établir deux documents : un rapport complet pour les décideurs et les principaux partenaires et un résumé pour une communication plus large.

Quel que soit l'outil choisi, la présentation doit idéalement comporter les mêmes éléments, c'est le degré de développement et de précision qui variera en fonction du public destinataire.

### **Proposition de plan de rédaction :**

#### **> Introduction**

C'est dans cette partie qu'est notamment mentionnée l'histoire du projet de diagnostic, son intérêt et ses objectifs, le choix du territoire et les partenaires associés.

#### **> Portrait socio-démographique du territoire**

Pour plus de clarté l'utilisation de cartes et de graphiques est recommandée.

#### **> Présentation des structures socio-sanitaires et des acteurs de prévention**

La réalisation de cartographies permet une visualisation rapide des répartitions sur le territoire.

#### **> Retranscription du regard des professionnels de santé**

#### **> Retranscription du regard des acteurs de prévention**

Pour ces deux dernières parties, des citations de participants peuvent être retranscrites pour étayer le texte et rendre la présentation plus dynamique. Il ne s'agit pas d'être exhaustif, une sélection de celles qui ont un intérêt pour la compréhension est beaucoup plus pertinente. Il faut veiller à rester objectif et à ne jamais extrapoler à partir des propos des participants.

#### **> Conclusion**

Une synthèse des résultats est réalisée. Un regard critique sur le processus peut être apporté, il est important de mentionner les réussites du diagnostic mais aussi les failles et les points à améliorer. A partir d'enseignements estimés transposables à d'autres situations, des recommandations à d'autres équipes pouvant être amenées à effectuer le même travail peuvent être émises.



# DU DIAGNOSTIC À L'ACTION

*Partie 4*

## La démarche de projet

Le montage d'un projet est une succession logique d'étapes à suivre :

- constitution d'une équipe projet
- analyse de la situation
- définition des priorités de travail et des objectifs du projet
- définition du programme d'actions à mettre en oeuvre
- recherche des moyens nécessaires à la réalisation de l'action
- évaluation de l'action et du processus de mise en oeuvre

### 1/ Constitution d'une équipe de travail

#### L'équipe projet :

L'équipe projet rassemble toutes les personnes qui vont participer à l'élaboration du projet, à son suivi et à son évaluation.

Un projet commun doit être réalisé à partir des idées et attentes de chaque membre. Il est alors intéressant que le groupe de travail soit constitué de personnes issues de divers horizons afin que tous les enjeux du sujet soient bien pris en considération.

#### Le coordinateur (ou pilote) :

Afin de réaliser un pilotage de l'action efficace et améliorer en conséquence la qualité du projet, un coordinateur devra être identifié au sein de l'équipe. C'est lui qui assurera le suivi et la vision d'ensemble du projet. Il précisera les objectifs des rencontres et l'ordre du jour, rédigera les compte-rendus, les convocations et tiendra le cahier de bord.

#### Le partenariat :

La majorité des projets nécessite la mobilisation de ressources externes. Le choix des partenaires se fait en fonction de leurs compétences et de leur complémentarité par rapport au projet (appui méthodologique ou technique, soutien financier, animation...).

Afin de mobiliser et impliquer ces partenaires, il est essentiel de présenter le projet à partir des intérêts divers qu'ils pourront y trouver. Chaque porteur de projet doit se demander quels avantages chaque acteur ou groupe d'acteurs peut retirer du projet.

### 2/ Analyse de la situation

Voir 3<sup>ème</sup> partie « le diagnostic de l'offre de prévention : un peu de méthode ».

### 3/ Définition des axes prioritaires et des objectifs

#### Les axes prioritaires :

Une fois la situation à améliorer bien définie, il importe de déterminer les priorités d'actions : « Où est-il pertinent et réaliste d'intervenir ? ».

Des critères peuvent être utilisés pour faciliter le classement des problèmes de santé et par conséquent définir des priorités.

Quelques critères de choix des priorités :

- la gravité et la fréquence du problème
- la faisabilité (peut-on agir sur les besoins identifiés ? A-t-on les moyens matériels, humains et financiers pour agir ?)
- l'acceptabilité par la population
- les priorités locales, régionales, nationales de santé

### Formuler des objectifs :

Les objectifs s'apprécient sur deux niveaux :

- **l'objectif général** du projet donne le sens de l'action ; il représente les résultats que l'on souhaite atteindre à travers l'ensemble des actions que l'on veut mettre en place.

Il répond à la question : que doit-on constater ou obtenir comme changement à long ou moyen terme ?

- **les objectifs intermédiaires** du projet correspondent aux activités concrètes à effectuer. Ils apportent une réponse aux besoins identifiés et se traduisent par des verbes d'action.

Les objectifs intermédiaires représentent les résultats à obtenir par les activités mises en place.

Ils répondent à la question : quel(s) résultat(s) souhaite-t-on atteindre à court terme à travers cette intervention ?

A l'issue de l'action, lors de l'évaluation, il doit être possible de dire dans quelle mesure ces objectifs intermédiaires ont été atteints ou réalisés.

Les critères de qualité des objectifs (général et intermédiaire) sont les suivants :

- être centrés sur les résultats et non sur les activités qui ne sont qu'un moyen d'atteindre les objectifs
- être pertinents et logiques par rapport au projet
- être réalisables et réalistes (moyens, compétences...)
- être simples, précis et peu nombreux
- délimités à une population, à un territoire donné et dans le temps
- mesurables en définissant pour chacun des objectifs des critères et des indicateurs d'évaluation.

*Attention, les verbes « sensibiliser » et « faire prendre conscience » sont à utiliser avec prudence. Les résultats qu'ils induisent sont difficilement évaluables. Rien ne permet de mesurer ou de savoir à quel moment un groupe a atteint un niveau de conscience ou de sensibilité.*

Les objectifs intermédiaires définis au commencement de l'action peuvent être réajustés lors de son déroulement, en fonction de l'avancée du projet et de la conjoncture.

### 4/ Définition du programme d'actions à mettre en œuvre

A partir des objectifs du projet, il est souhaitable de développer des stratégies. Il s'agit de définir comment faire pour atteindre chaque objectif avec le plus d'efficacité possible.

Le programme d'actions doit décrire toute la procédure de mise en oeuvre, du développement et du fonctionnement des activités.

Il doit permettre à ses utilisateurs de pouvoir répondre aux questions suivantes :

- qui fait quoi ?
- pour qui ?
- quand ?
- avec quelle(s) ressource(s) ?

Toutes les étapes de réalisation du projet sont donc présentées et détaillées.

*Attention, les activités déclinées doivent toujours être en relation avec les objectifs énoncés.*

### 5/ Recherche des moyens nécessaires à la réalisation de l'action

Au regard du déroulement des activités, il convient de rechercher les acteurs qui pourraient intervenir dans l'action et recenser le matériel utile. L'action peut également nécessiter des financements dont la demande doit répondre à un certain nombre de critères.

#### **Le financement :**

La plupart des projets ne pourront être mis en oeuvre sans financement(s) spécifique(s). Si les crédits internes sont insuffisants ou indisponibles pour ce projet, il conviendra de rechercher un financement complémentaire auprès d'autres collectivités ou organismes.

Toute demande de financement comprend l'écriture d'un projet qui doit obligatoirement renseigner les rubriques suivantes :

- la présentation du promoteur du projet
- l'identification de l'action (intitulé)
- la justification de l'action (contexte, besoins identifiés...)
- les objectifs (l'objectif général et les objectifs intermédiaires)
- la description de l'action (déroulement, étapes, fréquences des interventions)
- le public cible
- les moyens mobilisés pour l'action (humains et matériels)
- l'évaluation de l'action (méthode retenue, indicateurs choisis)
- le budget prévisionnel

#### **Les intervenants :**

Certains projets nécessitent le recours à des intervenants extérieurs. Il convient alors de privilégier des personnes formées. Un annuaire des intervenants ressources en Auvergne est disponible (contact : Auvergne Promotion Santé (APS) 04 73 91 96 67).

#### **Les outils d'intervention :**

Même s'il ne sont pas obligatoires pour mener une action, ces outils peuvent donner des pistes de réflexion en proposant une méthode et des activités en adéquation avec les objectifs annoncés.

Au plan national, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) offre des référentiels et des outils.

Au plan local (outils pédagogiques), les Comités départementaux d'éducation pour la santé (CODES), les Associations nationales de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa), les Centres régionaux d'information et de prévention du sida (Crips), etc. offrent un grand nombre d'outils pédagogiques (*voir contacts utiles*).

### 6/ Évaluation de l'action et du processus de mise en oeuvre

L'évaluation n'a de sens que si elle tente de répondre à de vraies questions. Elle doit faciliter la prise de décisions.

Elle représente une étape indispensable car elle permet de :

- mesurer le degré de réalisation des objectifs opérationnels ;
- s'interroger sur les écarts entre les objectifs attendus et les résultats observés ;

- suivre l'action pour l'améliorer, la réajuster ;
- analyser, exploiter et valoriser le projet ;
- justifier l'utilisation des crédits et/ou obtenir des financements ;
- déterminer si les moyens ont été utilisés de façon adaptée.

L'évaluation **doit s'envisager dès le début et tout au long du projet**. Il s'agit de mettre en place une dynamique qui accompagne le processus et enrichit la réflexion.

Dès la définition des objectifs, il faut penser à ce que l'on veut évaluer et aux critères à retenir.

On distingue deux types d'évaluation :

### L'évaluation du processus :

Il est important de pouvoir améliorer des interventions et des stratégies en cours de réalisation.

Cette évaluation intermédiaire intéresse principalement l'équipe projet et n'a *a priori* pas vocation à être diffusée aux partenaires ou aux financeurs.

Elle concerne les différentes procédures mises en place et permet de s'assurer du bon déroulement des différentes étapes de l'action (voire de les modifier si nécessaire).

↳ L'évaluation du processus permet au final d'améliorer la conduite du projet.

### L'évaluation des résultats :

Il s'agit de déterminer si les objectifs fixés au début de l'action ont été atteints. Cette évaluation de fin de programme s'intéresse aux effets obtenus ainsi qu'aux résultats inattendus (impacts).

Elle est réalisée à partir des indicateurs retenus lors de la formulation des objectifs (indicateurs quantitatifs et qualitatifs).

↳ L'évaluation des résultats va permettre :

- d'apprécier l'efficacité du projet (degré de réalisation des objectifs) ;
- de mesurer son efficacité (rapport entre les résultats et les moyens engagés) ;
- de valoriser l'action (diffusion des résultats et aide à la prise de décision).

### Le rapport d'évaluation :

Ce rapport est un outil de communication qui permet de garder une trace du projet et de le valoriser.

Trois types de publics sont visés par cette évaluation :

- la population ciblée ;
- les acteurs, intervenants et promoteurs de projets ;
- les partenaires, décideurs et financeurs.

Ce rapport peut également servir de base à la poursuite ou non du projet.

« *Éducation à la santé en milieu scolaire :  
Choisir, élaborer et développer un projet* »

BROUSSOULOUX Sandrine  
HOUZELLE-MACHAL Nathalie  
Edition INPES  
Octobre 2006

« *Éducation à la santé en Haute-Normandie,  
des repères pour agir* »

DRASS - URCAM  
de la Haute-Normandie  
version Mars 2005

« *Agir en promotion de la santé : un peu de méthode* »

Bruxelles Santé  
Edition 2005

« *Outil de pilotage d'analyse de l'efficacité attendue  
des interventions en promotion de la santé* »

Institut pour la Promotion de la Santé  
pour la Prévention des Maladies (NIGZ)  
Pays-Bas 2003

« *Guide pratique pour les promoteurs d'actions :  
des priorités de santé aux actions* »

DRASS - URCAM - CRES - GRES  
Médiation Santé de la Lorraine  
Janvier 2002


« *Méthodologie et évaluation d'actions ou de programmes de santé  
publique* »

CRES - PACA  
CD-Rom - 2005

« *Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de  
la santé et de prévention* »

Promotion Santé Suisse  
Juillet 2005





**Expériences de Projets  
Locaux de Santé  
en Auvergne**

# L'atelier santé ville de Vichy

**Contact :** Catherine BONNET  
**Nom du promoteur :** Association Alié  
Association pour le Logement et  
l'Insertion par l'Economie  
**Téléphone :** 04 70 31 44 88  
**E-mail :** association-alie@wanadoo.fr



**Atelier . Santé . Ville**  
Moulins Montluçon Vichy

## Justification de l'action

En 2003, un diagnostic partagé des besoins de santé de la population de la Communauté d'agglomération de Vichy Val d'Allier et des déterminants de l'état de santé liés aux conditions de vie a été réalisé.

Bien que les dispositifs d'accès aux soins et à la prévention sanitaire existent quantitativement, ils atteignent difficilement les personnes en situation précaire. Plusieurs points ont été mis en évidence :

- la persistance des problèmes d'accès aux soins (malgré le développement de la CMU) ;
- le poids des difficultés sociales et de la précarité (chômage, non maîtrise de la langue française...) ;
- les problèmes de santé mentale ;
- les problèmes liés à l'hygiène corporelle, l'alimentation et à l'insalubrité des logements ;
- les problèmes d'offre médicale : manque de spécialistes, temps de rendez-vous trop longs, déficit d'équipements médico-sociaux ;
- le manque de coordination entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge sanitaire et sociale des personnes en situation de précarité ;
- la faiblesse des moyens consacrés à la prévention.

De là est née la nécessité de créer un atelier de travail du social et de la santé comme l'atelier santé ville pour réfléchir à de nouveaux modes d'interventions qui prendraient davantage en compte la spécificité du public dit précaire.

Par conséquent l'ASV répond à une stratégie d'interactivité entre les objectifs du PRAPS et la mise en œuvre du volet santé dans le contrat de ville.

## Axe et programme du PRSP

**Axe 2 :** Améliorer les réponses de santé offertes aux populations vulnérables auvergnates.

**Programme 7 :** Personnes en situation de précarité.

## Zone géographique

Les territoires prioritaires au titre de la politique de la ville : les 23 communes de la Communauté d'Agglomération de Vichy Val d'Allier.

<p><b>Objectifs généraux</b></p>	
<p><b>Objectifs intermédiaires et actions déclinées</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Mettre en œuvre un dispositif de concertation, de coopération et d'action communautaire, afin de construire un partenariat entre les différents professionnels des secteurs sanitaire et social et conduire une politique locale de santé (cadre de travail partagé, échanges sur les pratiques...).</li> <li>▶ Contribuer à la réduction des inégalités de santé, en favorisant la prévention et l'accès aux soins.</li> </ul>
<p><b>Public cible</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Améliorer la cohérence et la pertinence des actions destinées aux populations prioritaires des territoires relevant de la politique de la ville.</li> <li>- Accompagnement des partenaires à la conduite de projets.</li> <li>- Participation à divers comités de pilotage (création d'un Point Accueil Écoute Jeunes...).</li> <li>▶ Améliorer la visibilité des services et des missions de chacun.</li> <li>- Travailler ensemble dans le cadre de groupes de travail sur des thèmes régulièrement actualisés et en fonction des besoins détectés par chacun (4 groupes de travail qui rassemblent des partenaires des champs médical, social, éducatif et de l'insertion).</li> <li>- Rédaction d'une charte partenariale instaurant un réseau de santé sociale.</li> <li>- Organisation d'ateliers d'échanges et de rencontres.</li> <li>▶ Offrir des réponses adaptées en matière d'accès à la santé et aux soins.</li> <li>- Réalisation d'études sur les besoins et les attentes des professionnels et des habitants.</li> <li>- Utilisation de questionnaires en direction de la population et des professionnels.</li> <li>▶ Améliorer l'information à l'égard des professionnels et du public.</li> <li>- Création de plaquettes d'information et de communication.</li> <li>- Création et développement d'un site Internet consacré aux Ateliers Santé Ville.</li> <li>- Participation à la création de l'annuaire Mutualité Française de l'Allier présentant l'ensemble des acteurs sociaux et médicaux du territoire de Vichy.</li> <li>- Elaboration de fiches de recueil d'informations.</li> <li>▶ Développer des actions pédagogiques et d'éducation pour la santé.</li> <li>- Participation à des campagnes de sensibilisation.</li> <li>- Organisation de formations.</li> </ul>
<p><b>Moyens d'intervention</b></p>	<p>La population en situation de vulnérabilité pour des raisons socio-économiques ou culturelles et la population en situation d'exclusion.</p>
<p><b>Partenaires de l'action</b></p>	<p>L'atelier santé ville dispose d'un local situé à Vichy au sein de l'association Alié et de 2 postes informatiques en réseau. L'équipe est composée de 2 membres (2 ETP) : la directrice de l'association Alié qui dirige l'atelier et une coordinatrice chargée de l'animation de l'atelier.</p>
<p><b>Évaluation</b></p>	<p>Association d'aide aux victimes d'infractions pénales (Adavip), Association Départementale pour la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence de l'Allier (ADSEA), Association pour le logement et l'insertion par l'économie (Alié), Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa), Association tutélaire de Vichy et sa région (Ativer), CPAM, CRAM, Centre d'accueil des demandeurs d'asile (Cada), CCAS de Bellerive-sur-Allier, Cusset et Vichy, Centre Hospitalier de Vichy, Centre Inter institutionnel de Bilans de Compétences (CIBC 03), Centre d'Informations aux Droits des Femmes et des Familles (CIDFF 03), Centre social du Mayet de Montagne, Clic AMAREIS (Centre local d'information et de coordination), Conseil Général, Conseil de l'Ordre des dentistes, Communauté d'agglomération Vichy Val d'Allier, Ddass 03, Education nationale, Entraide Universitaire, EFCA (organisme de formation), Foyer Jeunes Travailleurs Victoria, ISBA (Bilans de santé), Mission Locale, Mutualité Française d'Allier, Service pénitentiaire d'insertion et de probation (Spip), Union départementale des association familiales (Udaf).</p>
	<p>Chaque action est clairement définie dans ses objectifs stratégiques et opérationnels ainsi que dans les effets attendus. Cela permet au terme de l'action et à partir d'indicateurs arrêtés lors de la conception du projet, d'évaluer si les buts recherchés sont correctement atteints. Chaque projet conduit est travaillé dans une perspective d'évaluation : identification des problématiques par un diagnostic, définition de la méthode et des moyens mis en œuvre et recherche de la participation des acteurs (usagers et professionnels). Des questionnaires sont annuellement proposés aux professionnels membres des groupes de travail afin d'évaluer leur satisfaction concernant le fonctionnement et les actions de l'ASV.</p>

# Le relais santé de Thiers

**Contact :** Fabrice BRETEL  
assistant social - coordinateur

**Nom du promoteur :** Centre Hospitalier de  
THIERS (63300) - Le Fau

**Téléphone :** 04 73 51 10 00 - 04 73 51 07 56

**E-mail :** f.bretel@ch-thiers.fr



1, rue du Pirou - 63300 THIERS  
Tél. 04 73 51 07 56

## Justification de l'action

Mise en place de l'action dans le cadre du contrat de ville (2000-2006) à partir de l'évaluation des acteurs médico-sociaux et d'insertion de la ville de Thiers concernant la nécessité de la création d'un lieu « neutre » permettant l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

## Axe et programme du PRSP

**Axe 2 :** Améliorer les réponses de santé offertes aux populations vulnérables auvergnates.

**Programme 7 :** Personnes en situation de précarité.

## Zone géographique

L'ensemble des quartiers de la ville de Thiers ainsi que le territoire d'action de la circonscription d'action médico-sociale du Conseil Général (Plan Départemental d'Insertion).

## Partenaires de l'action

CH de Thiers, Mairie et sous-préfecture de Thiers, DDASS 63, GRSP, Conseil Général 63 (PDI), DRASS, CPAM 63, Centre d'examen ISBA, Mission Locale, chantiers d'insertion, Education Nationale (Inspection de l'Education Nationale, établissements scolaires du premier et second degré)...

**Objectifs généraux**

**Objectifs intermédiaires et actions**

► **Organiser les réponses de prévention afin que les personnes deviennent actrices de leur santé et autonomes dans leur démarches.**

► **Faciliter l'accès aux droits, aux soins et à la prévention.**

- Informer les personnes sur les droits et sur les réponses de prévention et de soins (informations sur les comportements favorables, sur les lieux de consultations, de dépistage et de soins...) :

- par la mise à disposition d'une documentation spécifique.
- lors d'entretiens individuels.
- lors d'interventions sur différents sites stratégiques afin de présenter les droits santé et la santé en général et favoriser l'émergence d'une demande de prise en charge individuelle.

- Étudier et aider à l'ouverture des droits à la santé (CMU, AME, AAH...) dans le cadre d'une démarche globale.

► **Accueillir, accompagner, élaborer un parcours de soins et orienter les personnes.**

- Tenir des permanences et un accueil téléphonique au Relais Santé.
- Réaliser un accueil et des entretiens délocalisés dans le cadre d'antennes.
- Écoute psychologique favorisant l'expression des publics et permettant d'engager une démarche de soins.
- Sensibilisation aux problèmes de santé afin d'amener à une prise de conscience des besoins de santé.
- Accompagner les personnes vers les dispositifs de droit commun : accompagnement physique, prise de contact avec les professionnels de santé, les établissements de soins...

► **Assurer un rôle de veille et d'alerte sur les difficultés d'accès aux droits, aux soins et à la prévention.**

- Repérer et identifier les problématiques liées à la précarité et l'adaptation des moyens mis en oeuvre.
- Renseigner un tableau de bord : recueil standardisé de données (en lien avec l'Observatoire régional de la santé).

► **Promouvoir la santé dans le cadre d'actions collectives d'information et d'éducation pour la santé et de prévention.**

- Réaliser des interventions collectives d'information et d'éducation pour la santé sur site (établissements scolaires, établissements et services d'aide par le travail, chantier d'insertion...).

► **Organiser la coordination territoriale.**

- Rencontrer régulièrement les partenaires institutionnels et associatifs.
- Contribuer à la coordination des actions sur le territoire.
- Partager le diagnostic des besoins et des réponses adaptées
- Faire évoluer les réponses

**Public cible**

Les populations en situation de vulnérabilité (économique, familiale, culturelle), les personnes en situation de grande exclusion, les personnes âgées et les personnes handicapées.

**Moyens d'intervention**

Le Relais Santé dispose d'un local mis à disposition par la mairie de Thiers en centre-ville pour l'accueil individuel. Pour les actions collectives, l'équipe pluridisciplinaire se déplace dans les établissements scolaires, sanitaires et sociaux, les mairies de la circonscription...

**Évaluation**

L'équipe du Relais est composée d'un assistant social - coordinateur, d'un psychologue et d'une infirmière (ETP 1,50).

- Nombre de personnes reçues : 169 personnes en 2005, 189 en 2006 et 177 en 2007.
- Nombre d'entretiens : 477 entretiens en 2005, 566 en 2006 et 565 en 2007.
- Orientations des personnes reçues vers des dispositifs de droit commun : 59 personnes en 2005, 78 en 2006 et 53 en 2007.
- Identification des principales problématiques : souffrances psychologiques, personnes sans couverture sociale, addictions, bilans de santé, problèmes gynécologiques...
- Actions collectives (2007) : 29 actions menées - 1 095 personnes rencontrées.

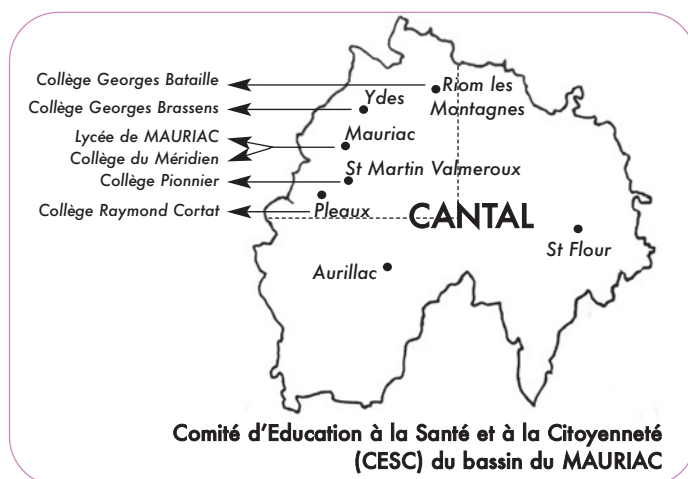
# Le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) du bassin de Mauriac

**Contact :** Nicole DENEBOUDE (infirmière)

**Nom du promoteur :** ML MIGNON  
 Coordonnatrice du  
 CESC du Bassin de Mauriac

**Téléphone :** 04 71 68 05 33

**E-mail :** nicole.deneboude@ac-clermont.fr



## Justification de l'action

La prévention des conduites à risque chez les jeunes est l'une des missions de l'Education Nationale.

Le programme répond aux priorités académiques (alcool, addictions, suicide, accidents de la route...).

Au regard des caractéristiques du territoire et des besoins locaux recensés, le CESC du bassin de Mauriac a adapté son programme et rendu prioritaires quatre des missions générales d'un CESC.

## Axe et programme du PRSP

Axe 3 : Agir sur les milieux de vie.

Programme 11 : Santé scolaire.

## Zone géographique

Les 6 établissements membres situés sur le bassin nord-ouest du Cantal : collège Raymond Cortat de Pleaux, collège Georges Bataille de Riom-es-Montagnes, collège Georges Brassens de Ydes, collège du Méridien de Mauriac et Saint-Martin Valmeroux, lycée de Mauriac.

## Partenaires de l'action

Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (Anpaa 15), Comité Départemental d'Education à la Santé, Associations APT (Accueil, Prévention et Toxicomanie) et Accent Jeunes, Collectif Drog'Stop, Adosen (Action et documentation santé pour l'Education nationale), Centre de planification, Union Départementale des Sapeurs Pompiers, Réseau ADO15, Centre Hospitalier d'Aurillac, Forum Sécuri 15.

<p><b>Objectif général</b></p>	<p>► <b>Le Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté est une instance de réflexion, d'observation et de veille qui conçoit, met en œuvre et évalue un projet éducatif en matière de prévention, d'éducation à la citoyenneté et à la santé, intégré au projet d'établissement.</b></p>
<p><b>Objectifs intermédiaires et actions</b></p>	<p>► <b>Contribuer à la mise en place de l'éducation citoyenne dans l'établissement en rendant l'élève responsable, autonome et acteur de prévention.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation des délégués.</li> <li>- Sécurité routière - initiation aux gestes de premiers secours.</li> <li>- Education à la santé et à la vie : intervention dans les classes, expositions...</li> <li>- Solidarité : participation à des journées à thèmes (SIDA, don du sang...).</li> </ul> <p>► <b>Organiser la prévention des conduites à risques (alcool, tabac, drogues illicites).</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Théâtre-forums, débats, interventions dans les classes.</li> </ul> <p>► <b>Venir en aide aux élèves en difficulté.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivi des équipes relais présentes dans chaque établissement.</li> <li>- Travail avec le psychologue du CH d'Aurillac.</li> </ul>
<p><b>Public cible</b></p>	<p>► <b>Informers les familles du programme des actions CESC.</b></p>
<p><b>Moyens d'intervention</b></p>	<p>Les élèves des établissements membres (collégiens, lycéens et étudiants en BTS) soit environ 1 000 élèves.</p>
<p><b>Évaluation</b></p>	<p>Ces actions sont réalisées par les groupes Santé qui réunissent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les infirmières, personnels référents et responsables du suivi des programmes,</li> <li>- le médecin de santé scolaire, l'assistante sociale, des professeurs, une secouriste lingère, les conseillers principaux d'éducation.</li> </ul> <p>Le CESC élabore un programme d'actions sur les 6 établissements, afin d'assurer de la 6<sup>ème</sup> à la Terminale et BTS une progression cohérente dans les messages de prévention.</p> <p>Le contenu de l'information et les outils pédagogiques sont établis en commun et sont identiques dans chaque établissement.</p> <p>Les modalités de mise en place sont laissées à l'appréciation de chaque établissement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 27 actions menées au cours de 158 séances dont le volume horaire représente sur l'année scolaire près de 300 heures réparties sur les 6 établissements.</li> <li>- Thématiques abordées : nutrition, don du sang et don d'organes, SIDA, éducation à la sexualité, hygiène bucco-dentaire, risques auditifs, gestes de premiers secours, addictions, citoyenneté, justice, suicide, sécurité routière...</li> <li>- Toutes les actions sont évaluées dans chaque établissement et font l'objet d'un bilan annuel exposé en fin d'année scolaire en réunion plénière, réunissant tous les établissements membres du CESC et les partenaires. Un nouveau programme y est proposé et validé pour l'année suivante.</li> </ul>

# Pour être tous en bonne santé :

éveil à la nutrition au goût et à l'activité physique,  
sensibilisation à une meilleure alimentation

Contact : Elisabeth BRUSTEL - diététicienne

Nom du promoteur : Ville de  
BRIVES-CHARENSAC

Téléphone : 04 71 04 34 17

E-mail : elisabeth.brustel@ch-lepuy.fr



## Justification de l'action

Cette action a été développée après qu'une enquête de satisfaction ait révélé le mécontentement des parents d'élèves concernant les repas servis aux enfants (et préparés par les établissements). L'action engagée s'inscrit dans le cadre du PNNS (Plan National Nutrition Santé).

## Axe et programme du PRSP

Axe 1 : Préserver le capital santé des populations auvergnates.  
Programme 1 : Maladie cardio-vasculaires.

## Zone géographique

La commune de Brives-Charensac.  
Lieux d'intervention : crèches, écoles maternelles, écoles élémentaires, collèges, centres de loisirs, centre social, mairie.

## Partenaires de l'action

Mairie de Brives, CPAM, Centre Hospitalier Emile Roux, Confédération syndicale des Familles, Comité d'éducation pour la santé de la Haute-Loire (Codes 43), Education Nationale, Centre Social Maison Pour Tous de Brives-Charensac.



<p><b>Objectifs généraux de l'action</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Améliorer la santé de tous et prévenir les maladies cardio-vasculaires à travers le développement d'actions d'éducation nutritionnelle, la transmission de notions et pratiques culinaires en adéquation avec le budget familial.</li> <li>▶ Réduire sur le long terme l'obésité et le nombre de maladies cardio-vasculaires.</li> </ul>
<p><b>Objectifs intermédiaires et actions</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Réaliser l'action éducative auprès des enfants de tout âge (crèches, écoles maternelles et élémentaires, centres de loisirs).             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Distribution de fruits à 10 heures dans les écoles une fois par mois.</li> <li>- Intervention dans les temps d'activité avec les enfants :                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• apprentissage des couleurs avec la découverte des groupes alimentaires ;</li> <li>• développement de l'activité physique ;</li> <li>• réalisation pratique du menu du mercredi dans les centres de loisirs...</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>▶ Améliorer la formation du personnel d'encadrement.             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Information ou formation des encadrants afin qu'ils aient le même langage autour de l'alimentation (personnel accompagnant le moment du repas, enseignants, animateurs...).</li> <li>- Élaboration d'un cahier des charges pour le prestataire des repas servis dans les écoles.</li> </ul> </li> <li>▶ Informer et sensibiliser les parents sur l'alimentation de l'enfant et sa santé.             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réunions d'information sur l'alimentation de l'enfant à la Maison Pour Tous avec la participation d'un pédiatre.</li> <li>- Communication sur les actions mises en place.</li> </ul> </li> <li>▶ Développer l'éducation à une meilleure santé par l'alimentation pour tous (adultes et personnes âgées).             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réunions d'information.</li> <li>- Expositions sur l'alimentation, l'activité physique et la santé.</li> <li>- Réunions d'information sur la prévention des maladies cardio-vasculaires par un cardiologue.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Public cible</b></p>	<p>Les enfants scolarisés et toute la population de la commune (personnes âgées, personnes en situation de précarité, adultes).</p>
<p><b>Moyens d'intervention</b></p>	<p>La mairie de Brives réalise et coordonne cette action. Elle fait appel aux compétences d'une diététicienne (présente sur chacune des actions) et de médecins pédiatre et cardiologue mis à disposition par le CH Emile Roux. L'intervention se fait au moyen de matériel vidéo et grâce à un outil pédagogique créé par le service diététique et aux documents remis par le CODES 43.</p>
<p><b>Évaluation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluation de la prestation alimentaire par une enquête de satisfaction journalière (qualifourchette), par une enquête de consommation sur site dans chaque école.</li> <li>- Réalisation de nouvelles études de consommation : évaluation de la connaissance des enfants, de l'évolution des comportements (consommation fruits et légumes...).</li> <li>- Évaluation relative à la fréquentation des réunions.</li> </ul>

# Gestion centralisée des listes d'attente des maisons de retraite

**Contact :** Delphine BASTARD  
**Nom du promoteur :** CLIC Issoire-Bassin  
Montagne  
**Téléphone :** 04 73 89 67 38  
**E-mail :** clic.issoire@wanadoo.fr



Centre Local d'Information et de  
Coordination Issoire-Bassin-Montagne

## Justification de l'action

A sa création, en 2004, le CLIC décide d'aller à la rencontre des professionnels du secteur médico-social (médecins, infirmières libérales, aides à domicile, assistantes sociales, pharmaciens, kinésithérapeutes...) dans les sept cantons qui composent sa zone de compétence afin de connaître les besoins et les attentes repérés auprès des personnes âgées.

Constat : la recherche d'un établissement de proximité représente un véritable parcours du combattant pour les familles et certains professionnels. Les longues listes d'attente des maisons de retraite ne laissent que peu d'espoir aux familles.

Les maisons de retraite quant à elles constatent le manque de fiabilité de leurs listes (inscriptions multi-établissements, méconnaissances des changements de situation des demandeurs...).

L'idée d'une liste commune à tous les établissements est donc proposée par le CLIC.

Des atouts majeurs servent ce projet : l'existence d'un dossier unique d'admission départemental, de bonnes relations entre les établissements...

## Axe et programme du PRSP

Axe 2 : Améliorer les réponses de santé offertes aux populations vulnérables auvergnates.

Programme 6 : Personnes âgées, personnes handicapées.

## Zone géographique

Les 7 cantons du territoire : Ardes-sur-Couze, Besse, Champeix, Issoire, Jumeaux, Saint-Germain-Lembron, Sauxillanges.

<p><b>Objectif général de l'action</b></p>	<p>► <b>Centraliser les listes d'attente des établissements d'hébergement sur le territoire du CLIC « Issoire-Bassin-Montagne ».</b></p>
<p><b>Objectifs intermédiaires et actions</b></p>	<p>► <b>Faciliter la démarche d'inscription pour les personnes âgées et leur famille.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Permettre à tout demandeur de déposer son dossier au CLIC via Internet ou dans n'importe quelle maison de retraite du territoire.</li> <li>- Avoir un seul interlocuteur.</li> </ul> <p>► <b>Proposer aux établissements une liste partagée et fiable.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser des mises à jour de la liste régulièrement.</li> <li>- Assurer la confidentialité des informations par une gestion sécurisée des accès à la base de données (le logiciel a reçu un avis favorable de la CNIL).</li> </ul> <p>► <b>Faciliter les missions d'information et de coordination du CLIC.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proposer un état exact de la demande d'hébergement sur le territoire du CLIC.</li> </ul>
<p><b>Public cible</b></p>	<p>Les familles ou personnes âgées qui déposent une demande d'entrée en établissement.</p>
<p><b>Moyens d'intervention</b></p>	<p>Le personnel du CLIC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- un temps de secrétariat pour instruire les dossiers et envoyer les lettres de demande de maintien dans la liste d'attente aux demandeurs ;</li> <li>- un temps d'infirmière pour instruire les certificats médicaux.</li> </ul>
<p><b>Partenaires de l'action</b></p>	<p>► <b>Les 10 établissements du territoire :</b></p> <p>EHPAD « la Roseraie » à Ardes-sur-Couze, EHPAD de St-Germain-Lembron, EHPAD de St-Nectaire, EHPAD de Besse, EHPAD de Sauxillanges, EHPAD « La Providence », EHPAD de Brassac-les-Mines, Maison de retraite de l'Hôpital d'Issoire, Unité de Soins Longue Durée de l'Hôpital d'Issoire, Foyer-Logement « La Cascade » à Issoire.</p> <p>► <b>Le Centre Hospitalier d'Issoire avec les deux assistantes sociales, la société Informatique Dicsit, le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins.</b></p>
<p><b>Évaluation</b></p>	<p>Le logiciel fonctionne depuis avril 2007. L'outil informatique dispose d'un item « Statistiques » qui permet de connaître le nombre de personnes ayant déposé un dossier d'entrée en établissement, de connaître le délai d'attente entre la demande et l'admission.</p>

# L'isolement des personnes âgées fragilisées

Contact : Emilie DELZOR

Nom du promoteur : Association « Réseau Séniors »  
CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination)  
Riom Limagne Combrailles

Téléphone : 04 73 33 17 64

E-mail : clic.riom.limagne.combraille@wanadoo.fr



**RIOM - LIMAGNE  
COMBRAILLES**

## Justification de l'action

En 2006/2007, une enquête relative à l'isolement des personnes âgées a été réalisée sur la communauté de communes de Pionsat. Animée par le CLIC, cette étude a été conduite en collaboration avec les acteurs décisionnels du territoire (élus des mairies et de la communauté de communes, représentants du Conseil Général, de la CRAM Auvergne et de la Mutualité Sociale Agricole...), des professionnels de terrain et des commerçants locaux à l'occasion d'entretiens collectifs. Enfin, un questionnaire a été distribué aux personnes âgées de plus de 60 ans ainsi qu'à leurs aidants naturels.

Différents axes de travail et de réflexion ont été dégagés :

- Mobilité / accompagnement
- Lien social / activités
- Réseau de proximité
- Information / sensibilisation
- Réflexion sur des lieux de vie intermédiaires entre domicile et EHPAD
- Offre de services

## Axe et programme du PRSP

Axe 2 : Améliorer les réponses de santé offertes aux populations vulnérables auvergnates

Programme 6 : Personnes âgées, personnes handicapées

## Zone géographique

La communauté de communes de Pionsat.

<b>Objectifs généraux de l'action</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Préserver la place et l'autonomie de la personne âgée dans son environnement.</li> <li>▶ Prévenir les risques d'isolement et préserver le lien social chez les personnes âgées en perte d'autonomie.</li> </ul>
<b>Objectifs intermédiaires et actions</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Favoriser la participation des personnes retraitées à la vie locale en les plaçant comme acteurs des actions.             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation d'un comité de la vie sociale.</li> <li>- Actions d'information et de prévention collectives.</li> </ul> </li> <li>▶ Faciliter la mobilisation des personnes en situation d'isolement.             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Information auprès des personnes âgées isolées.</li> <li>- Élaboration d'un guide d'information.</li> <li>- Mobilisation des relais, mairies, associations de retraités pour informer et sensibiliser les personnes âgées isolées.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Public cible</b>	<p>Les personnes âgées de 60 à 75 ans et les personnes de plus de 75 ans.</p>
<b>Moyens d'intervention</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Humains : Services de la CRAM Auvergne Prévention Santé et de la MSA pour des interventions au sein d'actions d'information et de prévention ; professionnels de terrain pour l'élaboration du guide d'information ; les services de la communauté de communes pour l'accompagnement et la réalisation de ces actions ; l'équipe du CLIC.</li> <li>- Matériels : Mise à disposition de salles avec le partenariat de la mairie et de la communauté de communes.</li> </ul>
<b>Partenaires de l'action</b>	<p>Les professionnels locaux, les services des caisses de retraite CRAM et MSA, les mairies et communauté de communes, la fédération des aînés ruraux, les associations locales et la structure d'hébergement.</p>
<b>Évaluation</b>	<p>Évaluation après six mois, puis après un an de mise en place.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Indicateurs quantitatifs : Actions d'information et de sensibilisation :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- nombre de participants ;</li> <li>- nombre de participants mobilisés pour des projets actions.</li> </ul>             Relais d'information : nombre de relais participants.           </li> <li>▶ Indicateurs qualitatifs : Après chaque action d'information et de sensibilisation :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfaction écrite des participants.</li> <li>- Évaluation des intervenants.</li> </ul>             Évaluation des relais d'information : nombre de personnes touchées : satisfaction, attentes, besoins identifiés...           </li> </ul>

## RESAAD 43

# Le réseau de santé addictions de la Haute-Loire

**Contact :** Marie-Line BERTUIT  
**Nom du promoteur :** Association RESAAD 43  
**Téléphone :** 04 71 04 38 34  
**E-mail :** marieline.bertuit@ch-lepuy.fr

### Justification de l'action

De 1999 à 2002, le CODES 43 a œuvré dans la mise en place du réseau addictologie : enquête, recherche de financements, embauche d'un médecin coordonnateur pendant 6 mois. Ce dernier a contacté les acteurs du département afin de présenter les structures de prévention et de prise en charge des personnes en difficulté avec les pratiques addictives (alcool, tabac, drogues illicites). Cela constituera alors, sur la Haute-Loire, une amorce de leur mise en réseau.

Depuis 2007, le réseau est porté par une association : RESAAD 43. Suite au départ de la coordonnatrice fin 2003, l'activité du réseau a été suspendue pendant presque deux années. La nouvelle coordonnatrice, arrivée en août 2006, est chargée de redynamiser cette mobilisation départementale. Elle a également pour mission de participer à la mise en œuvre des priorités énoncées dans une étude-bilan réalisée en 2005.

### Axe et programme du PRSP

*Axe 1* : Préserver le capital santé des populations auvergnates  
*Programme 4* : Addictions

### Zone géographique

Le département de la Haute-Loire.

<p><b>Objectif général de l'action</b></p>	<p>► Améliorer l'accueil, l'orientation et la prise en charge des publics ayant des conduites addictives (alcool, drogues, tabac) par l'articulation et la complémentarité des pôles médicaux hospitaliers, ambulatoires et de ville, des pôles sociaux et de prévention.</p>
<p><b>Objectifs intermédiaires et actions</b></p>	<p>► Développer la communication au sein du réseau et impulser une dynamique départementale.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lancement de la nouvelle lettre d'information du réseau (3 parutions par an) et diffusion.</li> <li>- Édition d'un nouvel annuaire des acteurs en addictologie et diffusion.</li> <li>- Création d'un site Internet.</li> </ul> <p>► Faire vivre au mieux le réseau et le rendre proche des préoccupations du terrain en y intégrant tous les partenaires de la lutte contre les addictions (hospitaliers, institutionnels, associatifs).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation continue des acteurs avec un accent sur les modules de formation de RPIB (Repérage Précoce et Intervention Brève).</li> <li>- Soutien des initiatives locales.</li> <li>- Développement du partenariat et mobilisation des professionnels de santé libéraux.</li> <li>- Organisation de colloques et soirées thématiques.</li> </ul> <p>► Participer à la mise en oeuvre du Plan Départemental 2006-2010 de prévention, de réduction et de traitement des addictions en intégrant tous les partenaires de lutte contre les addictions et toutes les dimensions de l'action.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'un groupe de travail associant les professionnels afin de définir les actions semblant prioritaires sur le département (choix réalisé à partir des fiches actions du Plan Départemental).</li> </ul>
<p><b>Public cible</b></p>	<p>Les professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux ; les partenaires et adhérents du réseau.</p> <p>Les personnes ayant une pratique addictive, leur famille et leurs proches.</p>
<p><b>Moyens d'intervention</b></p>	<p>Le Centre Hospitalier Émile Roux apporte un soutien logistique précieux au Réseau (local et matériel informatique).</p> <p>Une nouvelle coordonnatrice a été recrutée en 2006.</p>
<p><b>Partenaires de l'action</b></p>	<p>Centre Médical Spécialisé du Chambon-sur-Lignon, Centre Hospitalier de Brioude, Centre Hospitalier Émile Roux, Centre Hospitalier Sainte-Marie, médecins généralistes, pharmaciens, médecins du travail, Anpa 43, Codes 43, Actis 43, Mairie du Puy-en-Velay, Mission Locale du Puy-en-Velay, Associations d'entraide, CCAS de Sainte-Sigolène, Inspection académique, Centre d'Animation de la Vie Sociale de Brioude, travailleurs sociaux...</p>

## Évaluation

### ► Actions ponctuelles :

#### - Indicateurs quantitatifs :

- nombre d'actions réalisées, coût des actions réalisées, nombre de partenaires et de professionnels engagés dans l'action, répartition géographique des partenaires et professionnels impliqués dans l'action ;
- nombre de questionnaires de satisfaction distribués et nombre de questionnaires retournés.

#### - Indicateurs qualitatifs :

- analyse des questionnaires de satisfaction, implication des professionnels.

### ► Activité générale du réseau :

#### - Indicateurs quantitatifs :

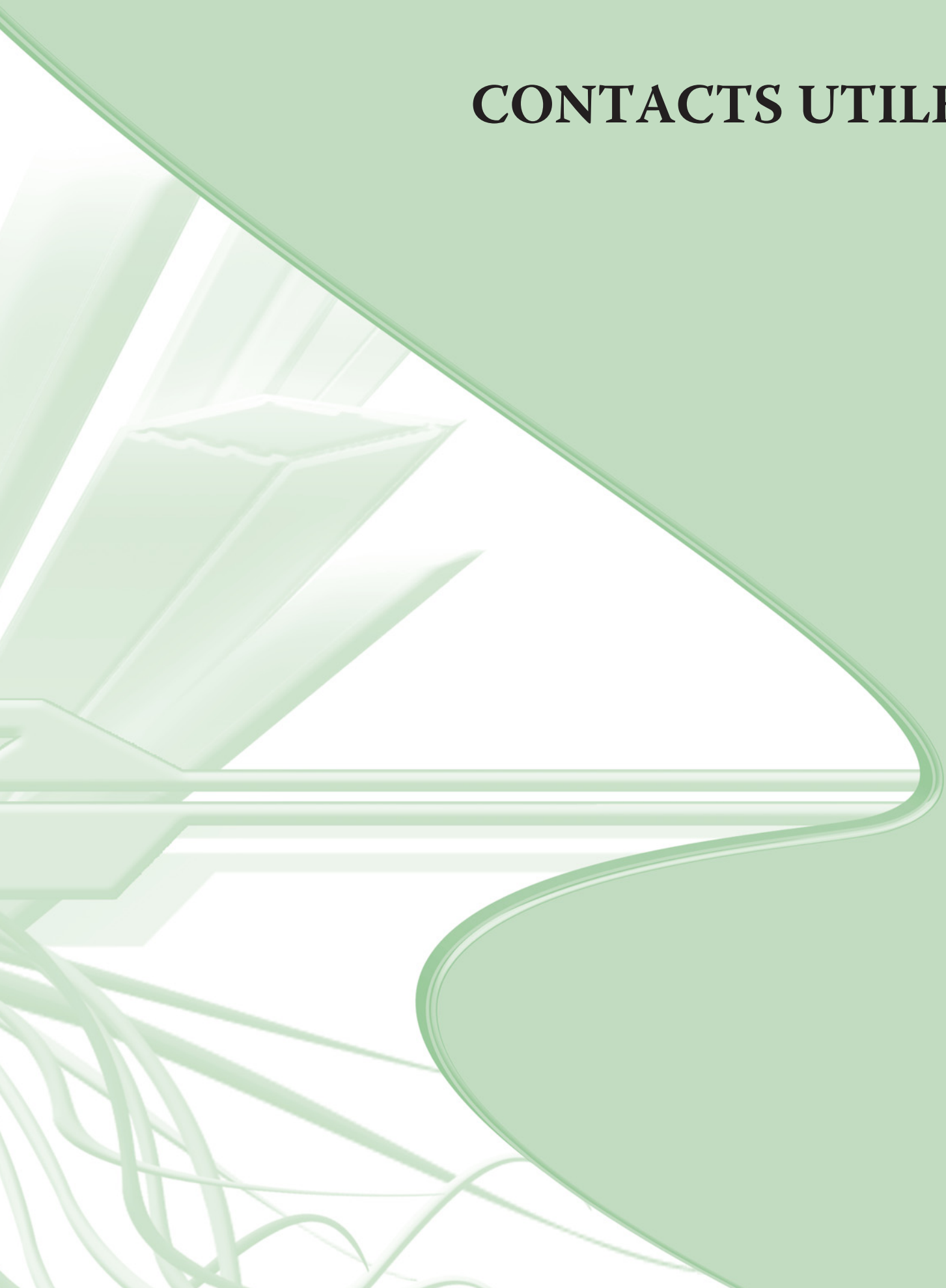
- évaluation économique du réseau, nombre de professionnels rencontrés, répartition géographique des professionnels rencontrés, catégories professionnelles rencontrées, nombre de déplacements, rencontres hors département, nombre d'adhérents, type d'adhérents au réseau, répartition géographique des adhérents au réseau ;
- promotion du réseau : nombre de supports de communication créés et diffusés, coût des diffusions, nombre de visites sur le site Internet...

#### - Indicateurs qualitatifs :

- questionnaire sur la satisfaction des professionnels concernant les rencontres, les formations, les moyens de communication diffusés...



# CONTACTS UTILES



## AUVERGNE PROMOTION SANTÉ ET LE RÉSEAU DES COMITÉS D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ DE LA RÉGION AUVERGNE

APS (Auvergne Promotion Santé), association régionale et les Codes (COmités Départementaux d'Éducation pour la Santé) de la région Auvergne sont des lieux privilégiés de rassemblement, de concertation ouverts aux acteurs publics et privés (associations, institutions, collectivités, élus, professionnels de la santé, de l'éducation, du social, etc.) concernés par l'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ au bénéfice de la population. Leur mission est de développer la prévention, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé en Auvergne.

Leur objectif est d'optimiser les compétences des acteurs de prévention (acteurs susceptibles de réaliser des actions de prévention dans le cadre de leur profession ou de leur engagement dans le milieu associatif) en offrant les services suivants :

- > des ressources documentaires sur tous les thèmes de santé :
  - un fonds documentaire : revues de presse, dossiers thématiques, ouvrages, publications.
  - des supports de prévention : supports pédagogiques, affiches, brochures, vidéos, CD Rom.
  
- > un conseil méthodologique proposant :
  - des ressources pour mener un projet (boîte à outils pour réaliser un diagnostic de l'offre de prévention, documentation technique sur le montage de projet, outils adaptés au projet et conseils sur leur utilisation...),
  - une aide à la construction des étapes d'un projet (diagnostic, définition de la problématique et des objectifs, contenu, moyens, évaluation).
  - une offre éducative selon deux approches :
    - une approche conceptuelle et méthodologique en éducation pour la santé : enjeux et pratiques en éducation pour la santé, diagnostic partagé, conduite de projet...
    - une approche thématique et/ou populationnelle : adolescent et prévention des conduites à risque, prévention des violences faites aux jeunes, alimentation, santé, précarité...

### ABES (Association Bourbonnaise d'Éducation pour la santé)

2, place Maréchal de Lattre de Tassigny  
03000 Moulins

Tél. 04 70 48 44 05  
Fax : 04 70 48 44 00  
Mail : abes-codes03@wanadoo.fr

*Heures d'ouverture :*  
*du mardi au vendredi : 10h – 12h / 14h – 17h*

### CODES 15

9, place de la paix  
15012 Aurillac cedex

Tél. 04 71 48 63 98  
Fax : 04 71 48 91 80  
Mail : codes15@wanadoo.fr

*Heures d'ouverture :*  
*du lundi au vendredi : 9h – 12h / 13h30 – 16h30*

### CODES 43

6, rue de la ronzade  
43000 Le Puy-en-Velay

Tél. 04 71 04 94 86  
Fax : 04 71 04 97 41  
Mail : codes@libertysurf.fr

*Heures d'ouverture :*  
*du lundi au jeudi : 8h30 - 17h30 et le vendredi jusqu'à 16h*

### CODES 63

30 rue Etienne Dolet  
63000 Clermont-Ferrand

Tél. / Fax 04 73 34 35 06  
Mail : codes63@wanadoo.fr

*Heures d'ouverture :*  
*du lundi au jeudi : 9h – 12h / 14h – 17h*  
*le vendredi de 9h – 12h*

### Auvergne Promotion Santé

30 rue Etienne Dolet  
63000 Clermont-Ferrand

Tél. 04 73 91 96 67  
Fax : 04 73 93 42 56  
Mail : auvergnepromotion.sante@wanadoo.fr

*Heures d'ouverture :*  
*Lundi et jeudi : 8h30 – 12h30 / 13h30 – 15h*  
*Mardi, mercredi et vendredi : 8h30 – 12h30 / 13h30 – 17h30*

## OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ (OBRESA)

Association régionale ayant pour vocation d'améliorer l'information sur l'état de santé, sur les besoins de la population et la connaissance de l'adéquation entre ces besoins et les moyens disponibles pour y faire face, l'Observatoire Régional de la Santé d'Auvergne s'est donc donné les missions suivantes :

- **rassembler et exploiter** les données de diverses origines relatives à l'état de santé de la population de la région ;
- **conduire des enquêtes épidémiologiques**, le plus souvent possible pluridisciplinaires, dont les thèmes de santé publique sont décidés en concertation avec les instances publiques et les collectivités territoriales chargées de décider des politiques à conduire dans les domaines social et sanitaire. De telles enquêtes doivent d'ailleurs permettre de préciser ou de compléter l'information sur l'état de santé de la population de la région en comblant les lacunes apparues après regroupement et exploitation des données déjà disponibles ;
- **élaborer de nouveaux indicateurs de santé** ;
- **renvoyer l'information analysée et synthétisée** à toute personne ou collectivité intéressée, aux décideurs nationaux, régionaux et départementaux.

Le caractère régional de l'association lui permet d'observer des phénomènes à un niveau local, décentralisé, proche des populations et des décideurs.

### OBRESA (Observatoire Régional de la santé Auvergne)

60 avenue de l'Union Soviétique  
63057 Clermont-Ferrand Cedex 1

Tél. 04 73 98 75 50

Fax : 04 73 91 55 84

Mail : [secretariat.obresa@wanadoo.fr](mailto:secretariat.obresa@wanadoo.fr)

*Heures d'ouverture au public :*

*du lundi au jeudi : 8h45 – 12h30 / 13h30 – 16h*

*le vendredi : 8h45 – 12h30 / 13h30 – 15h*

### Permanences du centre de documentation de l'OBRESA

Département d'Information Médicale  
Bâtiment des 3 D – CHU  
58, rue Montalembert  
63003 Clermont-Ferrand Cedex 1

Tél: 04 73 750 342 (ou 343)

Fax : 04 73 750 341

*Heures d'ouverture au public :*

*lundi, mardi, jeudi et vendredi de 9h30 à 15h45*

*sur rendez-vous exclusivement.*

### LIENS UTILES, BASES DE DONNÉES ACCESSIBLES À TOUS

#### INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES (INSEE)

[http://www.insee.fr/fr/home/home\\_page.asp](http://www.insee.fr/fr/home/home_page.asp)

Diagnostics des pays d'Auvergne :

[http://www.insee.fr/fr/insee\\_region/auvergne/rfc/analyse.asp?theme=1](http://www.insee.fr/fr/insee_region/auvergne/rfc/analyse.asp?theme=1)

#### SCORE-santé

Le site commun d'observation régionale en santé met à disposition des décideurs, des professionnels de santé et de la population des informations fiables, homogènes et comparables sur la santé de la population. Il a vocation à être l'outil de référence en matière d'indicateurs de santé nationaux, régionaux, départementaux.

<http://www.fnors.org/score/accueil.htm>

#### OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET TOXICOMANIES

Organisme public chargé du recueil, de l'analyse et de la synthèse des données relatives aux drogues illicites, à l'alcool et au tabac en France

<http://www.ofdt.fr/>

#### BASE DE DONNÉES SOCIALES LOCALISÉES (BDSL)

BDSL permet la consultation et l'interrogation d'indicateurs sociaux à différents niveaux géographiques : communes urbaines, cantons, zones d'emploi, départements, régions et France entière.

<http://bdsl.social.gouv.fr/>

#### OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DÉMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTÉ (ONDPS)

<http://www.sante.gouv.fr/ondps/index.html>

#### C@RTO SANTÉ

Cartographie interactive sur l'offre et la consommation de soins en Auvergne  
[http://www.auvergne.assurance-maladie.fr/Cartosante.carto\\_auvergne.0.html](http://www.auvergne.assurance-maladie.fr/Cartosante.carto_auvergne.0.html)

#### STATISTIQUES ET INDICATEURS DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL (STATISS)

<http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm>

#### ECO-SANTÉ

Base de données. France, régions et départements, OCDE, Québec (IRDES)

<http://www.ecosante.fr/>

### STATISTIQUE PUBLIQUE

Le portail de la statistique publique française. Portail de la statistique publique, créé à la demande du Conseil national de l'information statistique (Cnis) pour permettre au public d'accéder plus facilement à l'ensemble des informations statistiques produites par la statistique publique.

<http://www.statistique-publique.fr/>

### INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (INPES)

Actions de prévention : tabac, drogues, alcool, sida, cancer, hygiène de vie...

<http://www.inpes.sante.fr/>

### INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE (InVS)

"Surveiller, alerter, prévenir"

<http://www.invs.sante.fr/>

### HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS)

Organisme public indépendant d'expertise scientifique, consultatif, formule des recommandations et rend des avis indépendants ...

<http://www.has-sante.fr/>

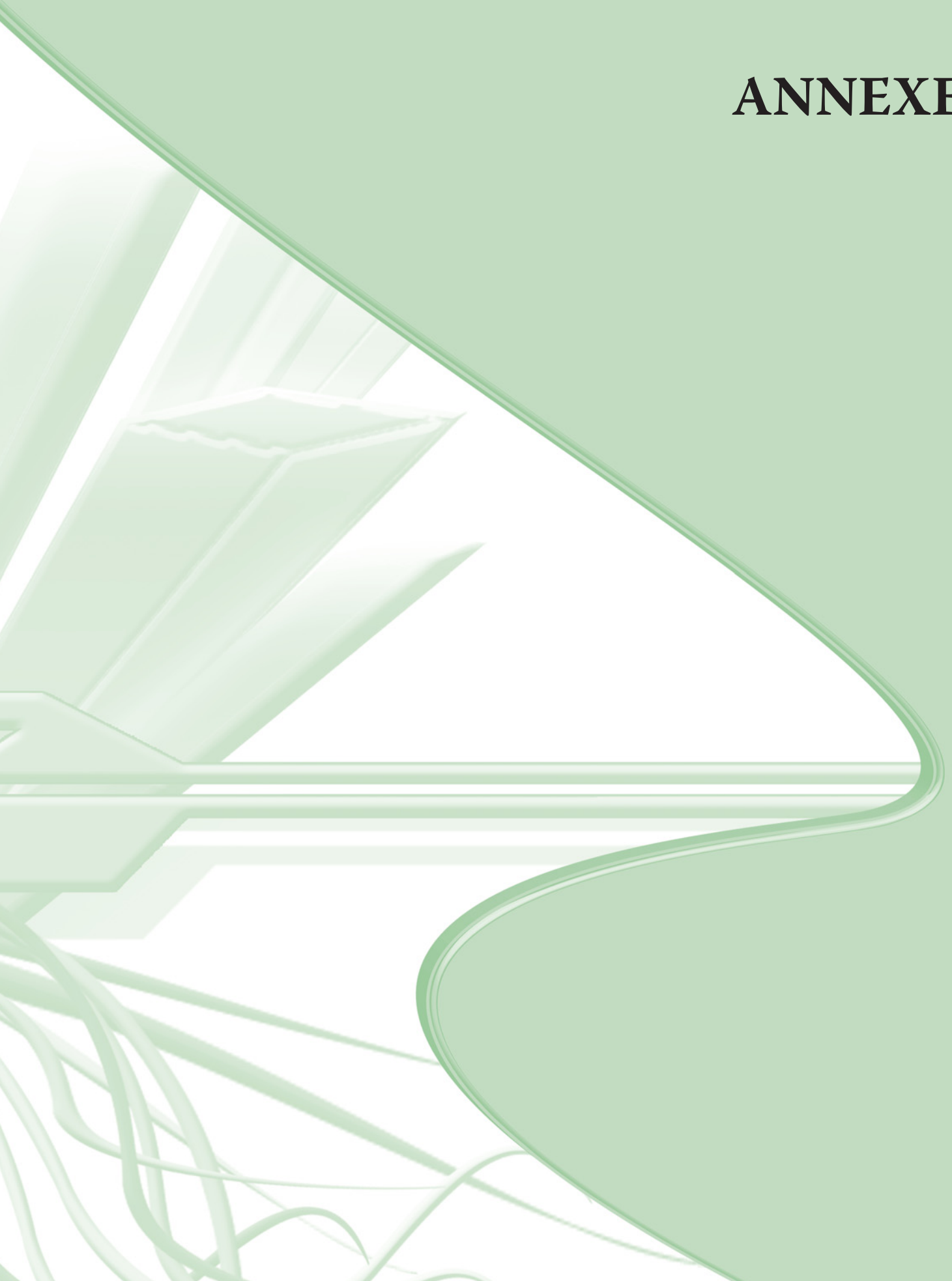
### MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DE LA SANTÉ ET DU SPORT

<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/>

### INSTITUT NATIONAL DU CANCER (INCA)

<http://www.e-cancer.fr/>

# ANNEXES



## Système d'information géographique GRSP auvergne

Les SIG (Systèmes d'information géographique) sont utilisés dans de nombreux domaines pour créer, rassembler, analyser, afficher et partager des données dont une composante est géographique. Ces dernières années, l'utilisation des SIG par les professionnels de la santé publique s'est répandue rapidement compte tenu des éléments suivants :

- ✓ la majorité des données sur la santé ont une composante géographique ;
- ✓ les représentations géographiques, en particulier les cartes, donnent d'avantage de lisibilité sur divers aspects de la santé publique ;
- ✓ il est très intéressant de confronter les données sur la santé à d'autres données (par exemple : données de recensement, données environnementales...).

Les SIG ajoutent une dimension graphique et analytique très importante à la santé publique, en assemblant la triade fondamentale de l'épidémiologie, à savoir la personne, le moment et l'endroit. Ils favorisent l'association de données sur :

- ✓ les groupes de population à risques ;
- ✓ la disponibilité et l'accessibilité des soins de santé.

### L'UTILISATION DU SIG PAR LE GROUPEMENT RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (GRSP) EN AUVERGNE

Les Groupements Régionaux de Santé Publique ont pour mission de développer la prévention dans le domaine de la santé, par le biais de différents programmes. Le GRSP doit être en mesure de déterminer les interventions prioritaires à mener pour chacun de ces programmes en prenant en compte les besoins des populations en termes de prévention.

Afin de rendre lisibles ces interventions, il devient nécessaire d'adopter une démarche de territorialisation des actions. L'utilisation des SIG vient donc pleinement s'inscrire dans cette démarche par les perspectives qu'offrent ces outils. Dans le cadre du GRSP les SIG vont notamment permettre :

✓ d'accompagner la priorisation des actions à mener : le SIG se propose ici d'accompagner l'aide à la décision. Il va permettre une représentation territoriale des différents publics visés par les actions de prévention, faisant ainsi apparaître les territoires prioritaires sur lesquels il est nécessaire d'intervenir suivant la thématique concernée.

✓ de suivre et d'évaluer des actions menées et des services offerts à la population en termes de prévention (consultations de prévention, dépistages...) : le SIG va non seulement offrir la possibilité de localiser les actions menées, mais également de croiser ces informations avec un ensemble d'indicateurs qui pourra être spécifique et adapté à chaque programme. L'outil peut donc fournir des connaissances territorialisées sur les besoins et les réponses apportées aux populations en matière de prévention.



✓ de valoriser des données par une communication s'appuyant sur le mode cartographique : la cartographie des zones prioritaires et des actions menées est un élément de représentation très concret. Cette cartographie, au-delà de l'aspect « communication », va en effet permettre de traduire l'ensemble des informations de manière visuelle. L'évaluation de l'adéquation entre l'offre et les besoins de prévention sur le territoire sera donc fortement facilitée par l'information visuelle fournie par la cartographie des données.

✓ de partager les données par une utilisation dynamique des cartes.

Les SIG trouvent donc tout naturellement leur place dans le cadre du GRSP, se plaçant à la fois comme outil d'aide à la décision et comme outil de communication. Les SIG proposent ainsi de rendre lisible aux nombreux acteurs de la prévention l'ensemble des interventions menées ou à mener et leur adéquation avec les besoins des différents publics concernés.

Le SIG du GRSP Auvergne offre un appui aux acteurs.

Contact : Carine BOIGE – 04 73 74 49 63

## L'animateur territorial de santé

### Ses missions (sur la base d'expériences locales)

- ✓ Mobiliser les moyens pour réaliser un diagnostic local partagé et l'actualiser : besoins de santé, offre de services existants, personnes ressources et réseaux d'acteurs.
- ✓ Formaliser un projet local de santé.
- ✓ Mobiliser les acteurs locaux dans la mise en oeuvre des actions, sur la base d'objectifs précis, concrets et évaluables.
- ✓ Impliquer la population, les usagers.
- ✓ Favoriser les échanges entre les acteurs et la diffusion de bonnes pratiques.
- ✓ Être un appui de proximité pour les porteurs de projet (méthodologie, recherche de financements, accès à des ressources documentaires).
- ✓ Développer la prise en compte des enjeux de santé publique dans les politiques locales (emploi, logement, aménagement de l'espace, urbanisme, sécurité...).

### Ses compétences

L'animateur territorial de santé doit :

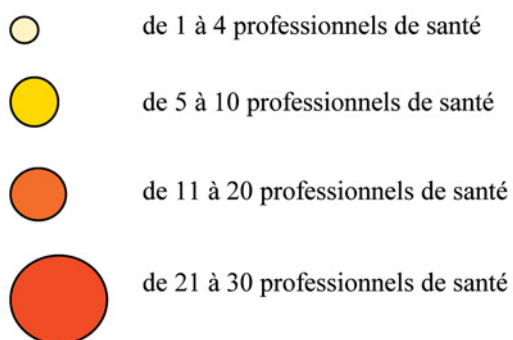
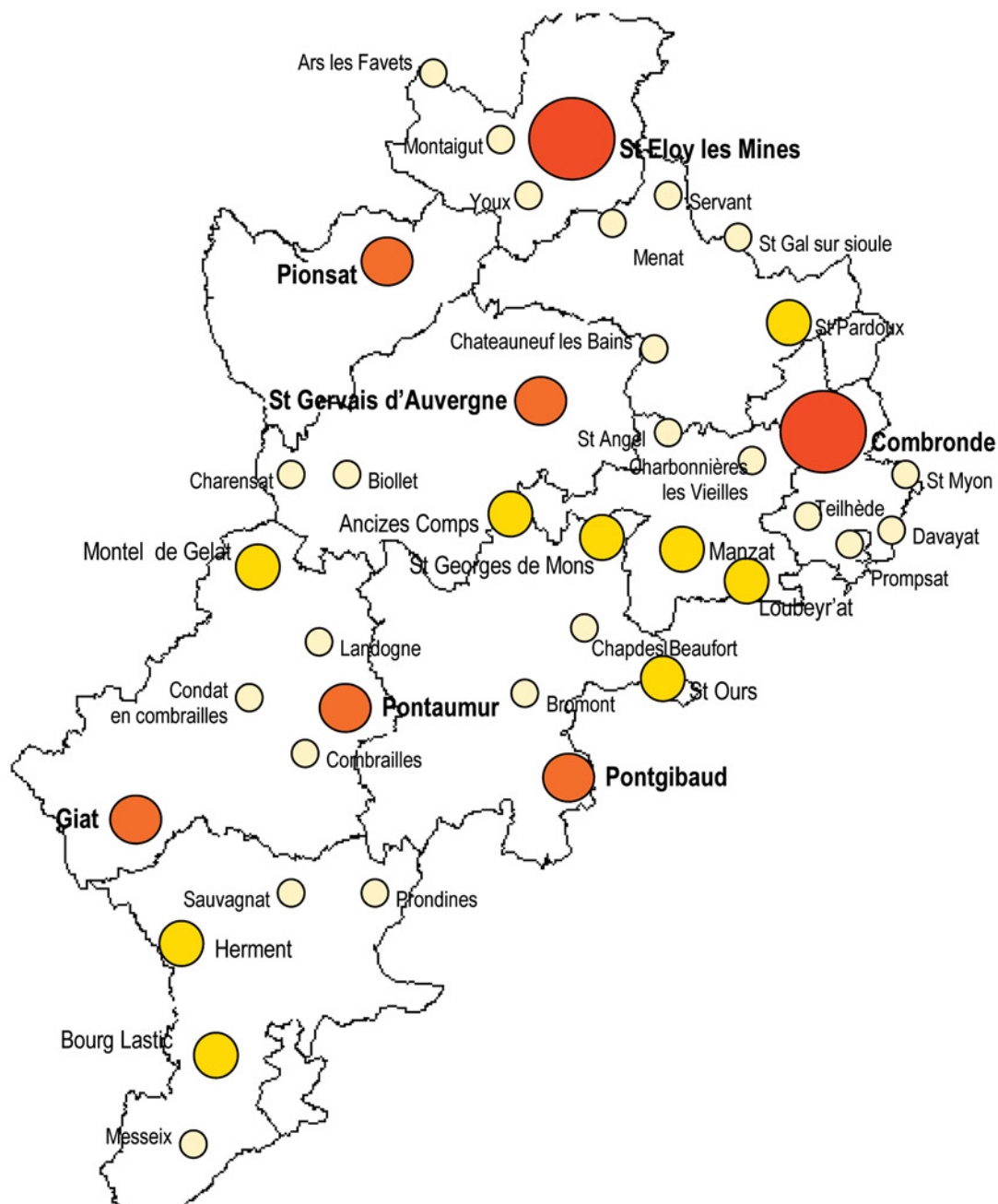
- ✓ Appréhender la dimension collective des problèmes sanitaires et sociaux rencontrés sur le territoire.
- ✓ Relier ces problématiques aux enjeux des politiques publiques concernées.
- ✓ Analyser, synthétiser les informations recueillies et les traduire en bilan et plans d'actions.
- ✓ Identifier les acteurs sanitaires et sociaux et mobiliser leurs compétences pour contribuer au projet local de santé.
- ✓ Animer des groupes de travail.
- ✓ Organiser et suivre un projet dans toutes ses dimensions (organisationnelles, budgétaires et fonctionnelles).
- ✓ Prioriser, évaluer, communiquer.

### Son profil

- ✓ Formation supérieure (Bac + 4) : santé publique et/ou développement local.
- ✓ Expériences dans la conduite de projets, dans le champ de la promotion de la santé, dans le secteur associatif et/ou les collectivités territoriales.

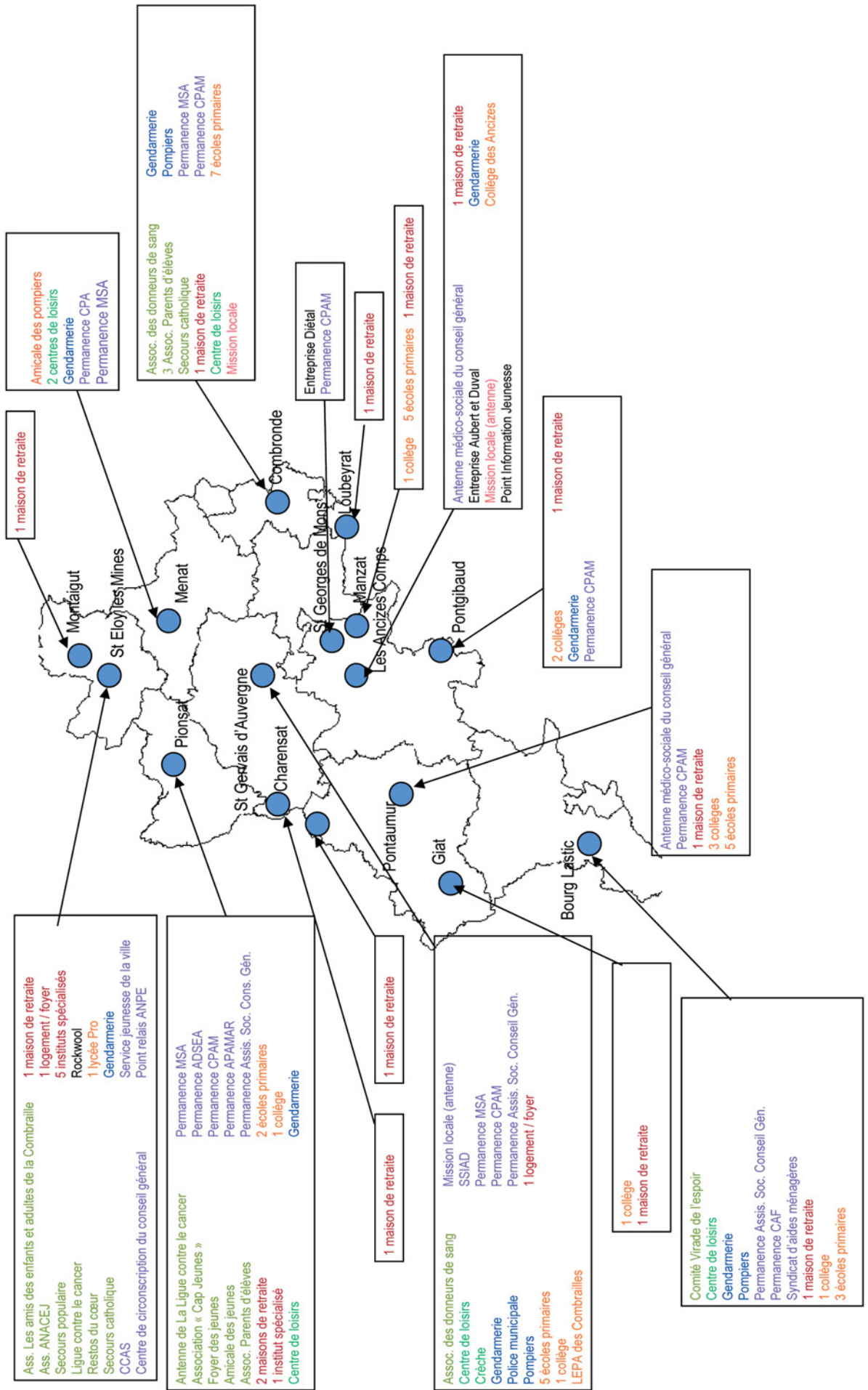
## Des outils pour l'élaboration de l'état des lieux des actions et acteurs de prévention sur le territoire des combrailles

« Cartographie des acteurs locaux de prévention : professionnels de santé du territoire des Combrailles ».



Sont comptabilisés dans la catégorie « Professionnels de santé » : dentistes, infirmiers, médecins, masseur-kinésithérapeutes, opticiens, orthophonistes, pédicures-podologues, pharmaciens.

Des outils pour l'élaboration de l'état des lieux des actions et acteurs de prévention sur le territoire des Combrailles  
 « Cartographie des acteurs locaux de prévention : professionnels et bénévoles des secteurs associatifs, social, éducatif, etc. sur le territoire des Combrailles ».



**Grille de recueil des actions existantes en prévention et éducation pour la santé sur le territoire des Combrailles (63) sur la période de 2004 à 2007**

Programmes de santé	Population(s) destinataire(s)	Type d'action et thème	Promoteur de l'action	Partenariat Réseau	Année de réalisation (entre 2004 et 2007)	Durée et Lieu de l'action	Points forts Points faibles
<b>Exemple : Maladies cardio-vasculaires</b> <i>Sous-thèmes prioritaires</i> - tabac, - Alimentation, - Activités physiques, - gestes aux premiers secours (amélioration survie et qualité survie)							
Autres sous-thèmes (à préciser)							

[www.grsp-auvergne.fr](http://www.grsp-auvergne.fr)  
un outil à destination des acteurs de la santé publique

Le site internet du Groupement Régional de Santé Publique Auvergne (GRSP) est destiné :

- aux acteurs de la santé publique ;
- aux professionnels chargés de la mise en oeuvre du Plan Régional de Santé Publique (PRSP) ;
- aux membres et adhérents du GRSP.

Il a vocation à informer sur les missions et activités du GRSP, sur les actions de santé publique et leur répartition sur le territoire. Il fournit des éléments de connaissance sur l'état de santé de la population et sur l'offre de prévention et de soins.

Enfin, le site offre la possibilité aux promoteurs d'actions de santé publique de déposer en ligne une demande de subvention en réponse à un cahier des charges.

Le site propose des liens avec en particulier :

- le site de la conférence régionale de santé d'Auvergne ([www.crs-auvergne.fr](http://www.crs-auvergne.fr)) ;
- le site de la plate-forme de l'observation sanitaire et sociale d'Auvergne ([www.pfoss-auvergne.fr](http://www.pfoss-auvergne.fr)).

Il présente les colloques, les formations et des informations sur des sujets de santé publique régionaux, nationaux, voire internationaux.



*Que toutes les personnes qui ont contribué  
à l'élaboration de ce document soient ici remerciées.*

Comité de rédaction :  
DRASS - GRSP : Nathalie GRAS, Huguette PERRIER, Michèle TARDIEU  
Auvergne Promotion Santé : Juliette NICOLLE  
Observatoire Régional de la Santé Auvergne : Sylvie MAQUINGHEN

Conception et Impression : DIAZO1 - CHAMALIÈRES





# GRSP

## Auvergne



CONSEIL GENERAL DE L'ALLIER



CONSEIL GENERAL DU CANTAL

CONSEIL GENERAL DE LA HAUTE-LOIRE



CONSEIL GENERAL DU PUY-DE-DOME

CREALI AUVERGNE

